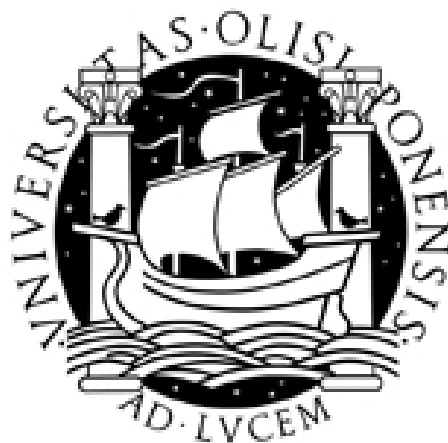


Universidade de Lisboa
Faculdade de Psicologia



A Multiculturalidade e a Percepção Materna do Bebé Pré-Termo

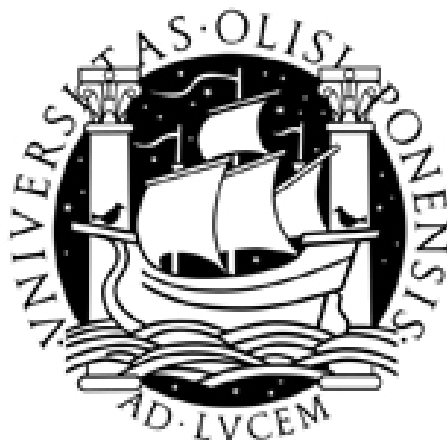
Sara Daniela Catalão Ferreira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2012

Universidade de Lisboa
Faculdade de Psicologia



A Multiculturalidade e a Percepção Materna do Bebé Pré-Termo

Sara Daniela Catalão Ferreira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2012

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor João Justo, um sincero e profundo agradecimento pela disponibilidade, paciência, apoio e encorajamento, sempre presentes ao longo deste percurso.

À Doutora Leonor Ferreira, pelos conselhos e partilha de conhecimentos e de experiências, a partir dos quais nasceu este projecto.

À equipa do Departamento de Pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

À Filipa, pela companhia e pelo apoio ao longo das intermináveis horas de recolha de dados.

Às mães, pela colaboração.

Ao Tomás e ao Bernardo.

À minha família e aos meus amigos, por estarem sempre presentes.

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

(Ricardo Reis)

Resumo

Na sequência dos fenómenos migratórios, as sociedades actuais são, cada vez mais, multiculturais. O processo migratório pode ter consequências ao nível físico e psicológico, sendo que o modo como cada indivíduo vivencia este processo revela-se de extrema importância para a adaptação e integração na sociedade de acolhimento. Ao nível da parentalidade, as mães vêem-se confrontadas com práticas diferentes e desconhecidas de prestação de cuidados às crianças, sendo necessária uma negociação entre a utilização de práticas desenvolvidas no país de acolhimento e de práticas interiorizadas e desempenhadas na cultura de origem, muitas vezes consideradas inadequadas ou ultrapassadas na sociedade que as acolhe.

O principal objectivo desta investigação é averiguar a possível influência da migração sobre a vivência psicológica relacionada com a maternidade pré-termo. Para tal, procedeu-se à recolha de dados numa amostra de mães de bebés pré-termo, tendo sido aplicados os seguintes instrumentos: o Questionário Sociodemográfico e Clínico e a *Mother and Baby Scales* (MABS). Foram testadas duas hipóteses que relacionavam o *País de origem da mãe* com a *Percepção materna do comportamento do bebé* (H1) e com a *Confiança materna para cuidar do bebé* (H2). A hipótese H1 foi parcialmente confirmada e a hipótese H2 foi totalmente confirmada. Verifica-se uma percepção mais negativa do comportamento do bebé em mães de origem africana, comparativamente com mães de origem portuguesa. Similarmente, as mães de origem africana apresentam menores níveis de confiança na prestação de cuidados ao bebé, quando comparadas com as mães de origem portuguesa. Desta forma, os dados obtidos permitem concluir que a origem nacional da mãe parece influenciar a percepção materna do comportamento do bebé pré-termo e a confiança materna para cuidar deste.

Palavras-chave: Bebés Pré-Termo; Confiança Materna para Prestar Cuidados ao Bebé; Migração; Multiculturalidade; Percepção Materna do Comportamento do Bebé.

Abstract

In the following of migration phenomena, contemporary societies are, more and more, multicultural. The migration process might have consequences both at the physical and psychological levels, being that the way each individual experiences this process is of extreme importance for the adaptation and integration at the host society. At the parenthood level, mothers are confronted with different and unknown practices about caring for children, being necessary some negotiation between the use of practices developed at the host country and practices internalized and performed at the original culture, many times considered inadequate or outdated at the society that host them.

The main goal of this investigation is to inquire about the possible influence of migration upon the psychological experience related to pre-term motherhood. Thus, a data collection was undertaken in a sample of mothers with pre-term babies, using the following instruments: *Sociodemographic and Clinical Questionnaire* and the *Mother and Baby Scales* (MABS). Two hypotheses were tested relating the *mother's country of origin* with the *maternal perception of the baby's behavior* (H1) and with the *maternal confidence to take care of the baby* (H2). Hypothesis H1 was partially confirmed and hypothesis H2 was completely confirmed. A more negative perception of the baby's behavior is observed among mothers of African origin, comparing with mothers of Portuguese origin. Similarly, mothers of African origin present lower levels of confidence about taking care of the baby when compared with the mothers of Portuguese origin. This way, data allow to conclude that the mothers' national origin seem to influence maternal perception of the pre-term baby's behavior and maternal confidence to take care of him.

Keywords: Pre-term Babies; Maternal Confidence to Take Care of the Baby; Migration; Multiculturality; Maternal Perception of Baby's Behavior.

Índice

1. Enquadramento Teórico	1
1.1. Diversidade cultural	1
1.2. Imigração e aculturação	3
1.3. Imigração em Portugal	8
1.4. Interação mãe-bebé e prematuridade	9
1.5. A vivência da parentalidade em contexto multicultural e migratório	12
2. Objectivo e Hipóteses Gerais	16
2.1. Objectivo	16
2.2. Hipóteses Gerais	16
3. Método	17
3.1. Definição de variáveis	17
3.2. Material Utilizado	17
3.2.1. Informação para a Participante	17
3.2.2. Declaração de Consentimento Informado	18
3.2.3. Operacionalização de variáveis	19
3.2.3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	19
3.2.3.2. Mother and Baby Scales (MABS)	19

3.3. Hipóteses Específicas.....	21
3.4. Procedimento	21
4. Resultados.....	24
4.1. Caracterização da amostra	25
4.1.1. As participantes	25
4.1.2. Os companheiros das participantes	26
4.1.3. O agregado familiar das participantes	28
4.1.4. A gravidez e a história obstétrica	29
4.1.5. O parto.....	31
4.1.6. Os bebés pré-termo	31
4.2. Análise da Consistência Interna das Subescalas da MABS	33
4.2.1. Subescala Alerta-Responsividade (A).....	33
4.2.2. Subescala Instabilidade-Irregularidade (UI)	33
4.2.3. Subescala Falta de Confiança para Cuidar (LCC)	34
4.2.4. Subescala Facilidade (E)	34
4.2.5. Subescala Confiança Global (GC)	34
4.2.6. Subescala Alerta durante as Refeições (ADF)	34
4.2.7. Subescala Irritabilidade durante as Refeições (IDF).....	35

4.2.8. Subescala Falta de Confiança para Alimentar (LCF).....	35
4.3. Estudo das Escalas	35
4.4. Testagem das Hipóteses	37
4.3.1. Testagem da Hipótese Específica 1	39
4.3.2. Testagem da Hipótese Específica 2.....	43
5. Discussão de Resultados e Principais Conclusões	46
6. Referências Bibliográficas.....	51

Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise de Regressão para a Variável Dependente <i>Alerta-Responsividade</i> ...	39
Tabela 2. Análise de Regressão para a Variável Dependente <i>Instabilidade-Irregularidade</i>	40
Tabela 3. Análise de Regressão para a Variável Dependente <i>Facilidade</i>	40
Tabela 4. Análise de Regressão para a Variável Dependente <i>Alerta durante as Refeições</i>	41
Tabela 5. Análise de Regressão para a Variável Dependente <i>Irritabilidade durante as Refeições</i>	42
Tabela 6. Análise de Regressão para a Variável Dependente <i>Falta de Confiança para Cuidar</i>	43
Tabela 7. Análise de Regressão para a Variável Dependente <i>Falta de Confiança para Alimentar</i>	44
Tabela 8. Análise de Regressão para a Variável Dependente <i>Confiança Global</i>	44

Índice de Anexos

Anexo I. Informação para a Participante

Anexo II. Declaração de Consentimento Informado

Anexo III. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV. *Mother and Baby Scales* (MABS)

Anexo V. Caracterização da Amostra

Anexo VI. Análise da Consistência Interna das Subescalas da MABS

Anexo VII. Estudo das Escalas

Anexo VIII. Testagem das Hipóteses

1. Enquadramento Teórico

1.1. Diversidade cultural

“A cultura adquire formas diversas através do tempo e do espaço. Essa diversidade manifesta-se na originalidade e na pluralidade de identidades que caracterizam os grupos e as sociedades que compõem a humanidade. Fonte de intercâmbios, de inovação e de criatividade, a diversidade cultural é, para o género humano, tão necessária como a diversidade biológica para a natureza. Nesse sentido, constitui o património comum da humanidade e deve ser reconhecida e consolidada em benefício das gerações presentes e futuras” (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], 2002).

A cultura pode ser designada como um sistema de representações, herdado das gerações precedentes e expresso sobre formas simbólicas. Através destas, os indivíduos comunicam, conservam e desenvolvem os seus conhecimentos e as suas atitudes. Como tal, há um conjunto de elementos partilhados, tais como, a linguagem, a história e o lugar geográfico que determinam o nosso modo de perceber, avaliar, comunicar e agir, os quais passam de geração em geração, podendo existir algumas modificações nessa transmissão geracional. Assim, na cultura, estão compreendidas as tradições próprias de um povo que permaneceram ao longo dos tempos. São, ainda, incluídos os modos como as pessoas aprendem a olhar para o meio e para si próprias, bem como os julgamentos que fazem sobre o mundo. O modo como percebemos o mundo exterior está intrinsecamente ligado à cultura, uma vez que os nossos sistemas de valores, crenças, atitudes e visão que temos do mundo e dos outros, exercem influência sobre as nossas percepções. De uma forma geral, a cultura constitui tudo o que se

aprende, tanto de forma consciente como inconsciente, podendo ser transmitido e comunicado (Geertz, 1973; Neto, 2002; Ramos, 2001; Triandis, 1996). A forma como os indivíduos experienciam o mundo, e através da qual os acontecimentos são organizados e padronizados, varia em função da cultura (Karis & Killian, 2009).

Segundo Ramos (2001), a cultura implica evolução e mudança, resultantes, quer das inovações e das transformações internas de um grupo humano, quer dos processos externos derivados do contacto entre grupos culturais diferentes. Desta forma, o indivíduo não é apenas o resultado da sua cultura, mas também, apresenta um papel activo na sua (re)construção e recriação, em função de múltiplas problemáticas e estratégias, num contexto marcado pela diversidade. Ainda de acordo com esta autora, os comportamentos, as socializações, as aprendizagens e a comunicação só podem ser apreendidos a partir de um modelo cultural dinâmico e interaccionista.

Os processos de enculturação e socialização inserem o indivíduo desde o seu nascimento numa cultura específica, apresentando um papel estruturante pela transmissão dos padrões culturais, através das interacções e comunicações do indivíduo com o seu meio familiar, social, comunitário e sistema cultural de pertença (Ramos, 2002). Desta forma, a noção do que é normativo está dependente dos valores, comportamentos e atitudes praticados em cada cultura (Neves, 2007).

Ogbu (1981) refere que a adaptação de um grupo social ao seu meio ambiente constitui uma resposta cultural, uma vez que cada grupo apresenta uma forma característica de adaptação, a qual é ditada pela cultura. As tradições culturais e as representações e crenças que os indivíduos têm sobre a saúde, as necessidades e o ritmo de desenvolvimento das crianças, bem como sobre as suas próprias competências e formas de cuidar e educar, influenciam o próprio desenvolvimento da criança, a sua

socialização e o tipo de cuidados e de educação que lhe são fornecidos (Ninio, 1979; Ramos, 2002, 2005).

Segundo Berry, Poortinga, Segall, e Dasen (2002), o comportamento dos indivíduos é determinado, em grande parte, pela cultura, sendo que esta faz parte da resposta do grupo às condições ecológicas, socioeconómicas e históricas. Ainda de acordo com estes autores, há uma interacção entre as características psicológicas individuais, ou seja, as representações e os comportamentos observáveis, os contextos ecológicos, ou seja, as interacções entre as populações e as características do ambiente, e os contextos sociopolíticos, ou seja, as formas de organização dos estados-nações e das sociedades. Estas interacções formam um conjunto complexo de transmissão cultural (Ramos, 2002).

1.2. Imigração e aculturação

A diferença, cada vez maior, entre os níveis de desenvolvimento e as estruturas demográficas de países ricos e pobres e os conflitos políticos têm gerado um número crescente de migrantes e refugiados (Ramos, 2005). De acordo com a Organização Internacional para as Migrações, estima-se que cerca de 214 milhões de pessoas vivam, actualmente, fora dos seus países de origem.

As razões pelas quais as pessoas emigram são diversas. Ora por motivos políticos, nomeadamente instabilidade sociopolítica do país de origem, ora por motivos económicos, formação profissional e académica, reagrupamento familiar, procura de liberdade individual, resolução de problemas ou conflitos familiares, desejo de aventura (Coutinho & Parreira, 2011; Dias, 2005), religião e procura de melhores cuidados de saúde (Anacleto, Santos, Luís, Nunes, & Brito, 2009).

Como processo complexo que é, a migração envolve rupturas espaciais e temporais e diversas transformações, as quais implicam a adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias, podendo ter consequências tanto ao nível físico como psicológico e social (Ramos, 2006). Segundo esta autora, o processo migratório não implica apenas a deslocação espacial, mas também envolve experiências de perda, rupturas e mudanças, que podem ser vivenciadas pelo indivíduo de uma forma mais ou menos positiva, consoante os seus recursos psicológicos e sociais. As características da sociedade dominante e as condições de acolhimento do país que recebe os indivíduos migrantes, também se constituem como factores determinantes ao processo de integração destes indivíduos no novo ambiente cultural. Este processo implica, assim, uma adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento. Ainda de acordo com a autora, o indivíduo migrante tem que saber gerir entre a emigração, a saída, o abandono, a perda de lugares, hábitos e elementos, nos quais o seu funcionamento psíquico e cultural se estruturaram, e a imigração, onde terá que elaborar e reconstruir individualmente aquilo que gerações elaboraram e transmitiram ao longo do tempo. Assim, esta vivência envolve tanto a capacidade de gerir as novas relações culturais e os sentimentos de abandono, angústia e perda, desencadeadas pela ruptura, como também, a capacidade de reconstruir e de incorporar elementos do novo meio. Ramos (2006) refere, também, que, subjacentes ao processo migratório estão presentes clivagens e mudanças ao nível temporal (antes e depois da emigração) e ao nível espacial (o país de origem e o país de acolhimento). É, assim, necessário que o indivíduo se adapte a uma cultura, língua e regras diferentes, as quais definem o novo meio, sendo indispensável o desenvolvimento de estratégias de adaptação.

Num processo migratório, estão presentes mudanças significativas ao nível físico (geografia, clima e ambiente), biológico (alimentação), social (relações interindividuais e intergrupais, padrões de actividade e de relações sociais), cultural (educação, religião, língua, moeda e símbolos), psicológico (motivações, identidade individual e cultural) e político (perda de autonomia), sendo que a forma como cada indivíduo vive e experiencia estas mudanças, difere. As mudanças derivadas da imigração implicam a adaptação das famílias a novas formas de viver (Anacleto et al., 2009; Dias, 2005; Neto, 1993; Ramos, 2006). Dias (2005) refere que com a alteração das circunstâncias de vida, ao nível do círculo familiar, dos amigos, da casa, da terra e da própria posição social, o indivíduo fica descontextualizado. O novo contexto pode revelar-se mais ou menos hospitaleiro, dependendo da facilidade ou da dificuldade, para a população imigrante, em arranjar trabalho, habitação, legalização, reconhecimento de habilitações e em inserir-se na sociedade. A movimentação no novo ambiente, os apoios e assistência que são disponibilizados, as relações que se vão estabelecendo, a aprendizagem da língua e o acesso a serviços, são factores que intervém no processo de integração dos indivíduos imigrantes. De acordo com Lechner (2005), a imigração corresponde a um contexto único de mudança quer ao nível individual, quer ao nível psicológico, tendo efeitos concretos nos indivíduos e nos grupos, tanto das comunidades migrantes, bem como da comunidade do país de acolhimento.

Do contacto entre dois grupos culturalmente diferentes, verifica-se uma tendência para se influenciarem um ao outro no que diz respeito às instâncias sociais, institucionais, políticas e aos sistemas de valores (Neto, 2002). O conceito de aculturação, introduzido por Redfield, Linton e Herskovitz (1936; cit. por Ramos, 2006), foi definido como o conjunto de transformações culturais que resultam dos

contactos, contínuos e directos, entre dois ou mais grupos culturalmente independentes. Mais tarde, surge o termo aculturação psicológica (Graves, 1967; cit. por Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 2002), o qual se refere às mudanças que um indivíduo experiencia derivado do facto de se encontrar em contacto com outras culturas e de participar no processo de aculturação que o seu grupo cultural ou étnico está a vivenciar. Desta forma, os indivíduos pertencentes a culturas em contacto entre si sofrem diversas mudanças psicológicas. Este processo de mudança é mútuo e envolve todos os grupos em contacto, ou seja, os grupos não dominantes e dominantes, o que leva a mudanças e a necessidades de adaptação nos dois sentidos (Berry, 1997; Bourhis, Moïse, Perreault, & Senécal, 1997). Existem quatro modos de aculturação que caracterizam as relações entre os imigrantes e as sociedades de acolhimento. Estes são: a assimilação, que implica o abandono da própria identidade cultural em favor da comunidade dominante; a integração, que se constitui pela conservação parcial da identidade cultural do grupo étnico, mas verifica-se uma participação cada vez mais marcada no meio da nova sociedade; a separação, que se caracteriza pela tentativa do indivíduo em preservar a sua identidade cultural, sendo que, para isso, fecha-se em redor da sua cultura de origem e não procura estabelecer relações com a comunidade dominante e a marginalização, onde há um impedimento, incutido pelo grupo dominante, no que diz respeito à participação, do grupo não dominante, ao nível do funcionamento das instituições e da vida social do grupo maioritário. As estratégias de aculturação adoptadas estão dependentes do quão importante os imigrantes consideram estabelecer relações com o país de acolhimento e do quão importante consideram manter os valores culturais do seu país de origem. O processo de aculturação é, por sua vez, influenciado por factores como a idade, a motivação para a migração, o apoio

social e as ideologias do país de acolhimento acerca de como os imigrantes se devem adaptar (Berry, 1997, 2001; Berry et al., 2002).

Berry (2006) verificou que as atitudes entre os grupos dominante e não dominante são recíprocas e dinâmicas. Assim, as estratégias de aculturação adoptadas pelos imigrantes são influenciadas pelas políticas e práticas da sociedade de acolhimento, bem como pelas atitudes dos membros do grupo dominante da mesma (Bourhis et al., 1997; Kalin & Berry, 1996; Van Oudenhoven, Ward, & Masgoret, 2006; Van de Vijver, Breugelmans, & Schalk-Soekar, 2008). Ambos os grupos, dominante e não-dominante, apresentam opiniões sobre os potenciais benefícios, problemas, e consequências da imigração e da diversidade cultural (Dandy & Pe-Pua, 2010).

O processo de aculturação provoca a perda, a aquisição, a transformação, a substituição e a reinterpretação de traços culturais (Ramos, 2006). Para Berry (1989), as mudanças comportamentais, nomeadamente na linguagem, nas atitudes e na identidade e o stress de aculturação constituem dois tipos de respostas psicológicas à aculturação.

O conflito provocado pela existência de dois códigos culturais, por vezes contraditórios e incompreensíveis, pela impossibilidade em estabelecer a ponte entre dois universos diferentes, assim como pela incapacidade em lidar com as exigências do novo ambiente, poderá ter efeitos desorganizadores no comportamento dos indivíduos e estar na origem de distúrbios psicopatológicos, dificuldades de adaptação e stress de aculturação, manifestando-se através da presença de problemas de saúde mental, tais como, confusão, depressão, angústia, solidão, sentimentos de marginalidade, alienação, aumento de sintomas psicossomáticos e dificuldades identificatórias. Consequentemente, o stress de aculturação leva a uma diminuição na saúde dos

indivíduos, podendo abranger aspectos físicos, psicológicos e sociais (Neto, 2002; Ramos, 2006).

As dificuldades na aculturação podem derivar da desvinculação. Esta implica um corte no processo de socialização primária, através do qual os indivíduos adquirem o conjunto de valores que reflectem a realidade de cada grupo cultural. Através da socialização primária, as diferentes culturas exercem influências específicas, o que pode estar na base de um potencial conflito aquando do contacto entre dois grupos culturalmente diferentes (Neto, 2002; Neto e Mullet, 1998).

1.3. Imigração em Portugal

De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2012), Portugal foi, até à década de 60 do século XX, um país de natureza predominantemente emigratória. Após a revolução de 25 de Abril de 1974 e, posteriormente, com a independência dos países africanos de língua oficial portuguesa, esta tendência alterou-se significativamente e, no início da década de 80, verificou-se um aumento expressivo do número de estrangeiros a viver em Portugal. Nos anos 90, houve uma consolidação e um aumento da população estrangeira, evidenciando-se as comunidades oriundas dos países africanos de língua oficial portuguesa e do Brasil. Já o início do século XXI caracterizou-se pelo aumento significativo de fluxos migratórios provenientes do leste da Europa, sendo a Ucrânia o país do leste europeu mais representativo, o que levou a um crescimento notório da comunidade estrangeira residente no nosso país.

Segundo o Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo - 2011 (SEF, 2012), no final do ano transacto, a população estrangeira a residir em Portugal totalizava 436.822 cidadãos, tendo como nacionalidades mais representativas o Brasil (25.5%), a Ucrânia

(11%), Cabo-Verde (10.1%), a Roménia (9%), Angola (4.9%), Guiné-Bissau (4.2%), o Reino Unido (4%), a China (3.8%), a Moldávia (3.1%) e São Tomé e Príncipe (2.4%). A distribuição territorial da população estrangeira no nosso país demonstra uma concentração predominante na zona litoral, evidenciando-se os distritos de Lisboa (188.259), de Faro (68.953) e de Setúbal (45.158).

Os concelhos de Amadora e de Sintra surgem como os concelhos onde o número de imigrantes atinge um dos valores mais elevados do país, sendo que a maioria da população imigrante a residir nestes é oriunda de países africanos de expressão portuguesa. Estes concelhos apresentam, assim, características muito particulares dada a sua diversidade social, cultural e étnica (Anacleto et al., 2009). De acordo com Morais (2009), “(...) o tecido social da Amadora é composto por assimetrias, fruto da existência de territórios e grupos vulneráveis que tornam o Município mais susceptível à emergência de problemas sociais”. A implementação de uma rede social cada vez mais interventiva, com integração de instituições públicas e privadas, apresenta um papel importante no desenvolvimento sustentável deste município, participando activamente no combate à pobreza e exclusão social (Rede Social da Amadora, 2012)

1.4. Interacção mãe-bebé e prematuridade

A interacção mãe-bebé estabelece-se desde os primeiros momentos de encontro da mãe com o bebé. De acordo com Figueiredo (2001), esta interacção, durante os primeiros meses de vida do bebé, revela-se fundamental para a elaboração do padrão de vinculação.

Stern (1980) afirma que cada pessoa desenvolve o seu próprio estilo de comportamento, de acordo com o que ela é ou de acordo com o seu bebé. Desta forma,

quando interage com um bebé, surgem, no adulto, reacções muito específicas. Os momentos interpessoais entre uma mãe e o seu bebé revelam-se fundamentais na formação de experiências através das quais o bebé aprende a relacionar-se com outras pessoas.

A forma como a actividade do bebé é caracterizada, as suas respostas específicas a estímulos, internos ou externos, e os seus estilos de comportamento directamente observáveis e que incluem a actividade, a reactividade, a excitabilidade e a irritabilidade, apresentam um papel fundamental nas primeiras interacções que o bebé tem com o adulto, nomeadamente a mãe (Canavarro, 2001).

No entanto, podem existir factores, como a prematuridade, que colocam em causa a capacidade do bebé para entrar em interacção. Para Rabelo, Chaves, Cardoso e Sherlock (2007) o nascimento pré-termo constitui para o bebé uma alteração repentina e violenta do seu estado fetal, no interior do útero materno. Figueiredo (2001) refere que, nos casos de prematuridade, a capacidade do bebé para entrar em interacção com a mãe pode estar de tal forma diminuída, que a reciprocidade interactiva dificilmente se desenvolve na díade. As interacções estabelecidas entre as mães e os bebés pré-termo são menos bem conseguidas do que as interacções estabelecidas entre as mães e os bebés de termo (Bakeman & Brown, 1980; Crawford, 1982). Assim, a imaturidade comportamental do bebé pré-termo parece ter uma influência negativa na interacção mãe-bebé (Bakeman & Brown, 1980).

O comportamento do bebé pré-termo, ao não coincidir com as expectativas prévias dos pais acerca da forma como se comportam os recém-nascidos, pode deixá-los confundidos no que diz respeito à interpretação dos sinais e pistas do bebé (Macey, Harmon, & Easterbrooks, 1987). Estes bebés demonstram ter menos adaptabilidade,

ritmicidade, actividade, atenção e persistência do que os bebés de termo. Assim, revelam uma maior dificuldade em se acalmarem, uma menor probabilidade de iniciar comportamentos sociais e menores níveis de prazer e de responsividade na interacção com as mães (Chapieski, & Evankovich, 1997).

A mãe de um bebé pré-termo, ao deparar-se com a imaturidade do seu bebé, necessita fazer um esforço adicional para lidar com esta dificuldade quando lhe presta cuidados (Coppolla, Cassibba, & Constantini 2007). Por conseguinte, estas mães são mais activas e estimulantes nas interacções precoces que estabelecem com os seus bebés, sendo que a maior actividade e estimulação permanece ao longo do primeiro ano de vida do bebé. Verifica-se, também, que as mães de bebés pré-termo emitem mais sinais sociais sem que haja sinalização recíproca por parte do bebé, enquanto os seus bebés sinalizam menos do que os de termo (Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson, & Basham, 1983). Figueiredo (2001) refere que os bebés pré-termo são menos responsivos na interacção com a mãe, uma vez que são menos capazes de tratar a informação proveniente do meio. Por sua vez, a mãe do bebé pré-termo é mais activa do que a mãe do bebé de termo, uma vez que está sujeita a níveis mais elevados de ansiedade, verificando-se, desta forma, uma menor sincronia interactiva na díade.

Segundo Rabaouam e Morales-Huet (2003), a percepção materna sobre o bebé influencia significativamente os cuidados que a mãe presta ao seu filho. A reactividade do bebé pré-termo é menor e diferente da reactividade do bebé de termo, tornando-o menos previsível e emitindo sinais comportamentais menos claros e mais difíceis de serem entendidos pela mãe. O bebé pré-termo apresenta capacidades de comunicação e de interacção menos adequadas do que o bebé de termo, emitindo menos sinais que

facilitem a continuidade da interacção. Estes bebés, também, vocalizam e sorriem menos, evidenciando uma tonalidade afectiva global menos positiva (Canavarro, 2001).

1.5. A vivência da parentalidade em contexto multicultural e migratório

A gravidez e a maternidade e as mudanças que lhes estão subjacentes implicam um conjunto de perdas e ganhos, associados às representações que cada mulher faz acerca destes dois processos. Assim, verificam-se respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que não estão presentes no repertório comportamental frequente da mãe, exigindo a sua adaptação. A forma como a cultura e a sociedade vêm a maternidade apresenta um grande impacto na experiência da gravidez e da maternidade da mulher (Canavarro, 2001).

Segundo Coutinho e Parreira (2011), a grávida imigrante vivencia simultaneamente dois processos de transição. Por um lado, o processo de imigração com as várias modificações que lhe estão inerentes, e por outro lado, o processo de transição que constitui a gravidez.

Gratier (2003) desenvolveu um estudo que pretendia observar a interacção da díade mãe-bebé, em diferentes comunidades. Nas comunidades estudadas, verificou-se que as mães indianas eram mais tácteis e directivas do que as mães francesas e norte americanas. De acordo com este autor, quando os pais imigram para uma nova cultura levam consigo o conhecimento implícito da prestação de cuidados, dos estilos comunicativos e dos objectivos de desenvolvimento. Neste sentido, para os pais imigrantes, a aculturação envolve um processo de negociação entre as práticas e as atitudes da sua cultura de origem e da nova cultura, na qual se inserem.

Ramos (2006) refere que podem existir diferentes modalidades de aculturação no que diz respeito às práticas de cuidados maternos. Assim, numa aculturação sem problemas verifica-se um acordo entre as práticas tradicionais e as práticas desenvolvidas no país de acolhimento. Por outro lado, pode existir uma semi-aculturação, onde as famílias e as mães adoptam, em grande número, os comportamentos e os hábitos da sociedade de acolhimento, considerando esses hábitos mais modernos. No entanto, não esquecem, completamente os modelos de referência da sua cultura de origem. Finalmente, o outro modo é a desaculturação, caracterizada pelo desenraizamento, isolamento, desorganização e patologia. Ainda de acordo com esta autora, os conflitos e as contradições entre os princípios educativos e de cuidados, provenientes do país de origem, e os propostos pelos profissionais de saúde no país de acolhimento, poderão originar indecisão e ansiedade, resultando num padrão de cuidados à criança empobrecido e prejudicial.

As famílias migrantes, pelo facto de se encontrarem afastadas do seu grupo social, cultural e familiar, revelam dificuldades psicossociais, emocionais e adaptativas. Estas dificuldades vivenciadas podem resultar num desequilíbrio e empobrecimento do sistema diádico mãe-criança, através de respostas inadequadas por parte da mãe às necessidades da criança. As famílias que se encontram em contexto migratório são mais vulneráveis e menos capazes de oferecer à criança um suporte sólido ao nível afectivo, psicológico e familiar, importantes para o seu desenvolvimento. Esta vulnerabilidade e incapacidade têm por base o confronto com o novo contexto, as mudanças físicas, sociais e culturais, onde há novos modelos, muitas vezes sentidos, pela população migrante, como incompreensíveis ou contraditórios, aliando-se a falta de referências culturais apoiantes e a condições de isolamento e precariedade social. Por sua vez,

verifica-se a presença de um conflito e insegurança maternos face aos cuidados e atitudes a ter para com os filhos, sendo que as mães imigrantes não encontram os recursos e o suporte social necessários para a adaptação às exigências de um meio estranho e diferente (Ramos, 2002, 2005).

Num estudo desenvolvido por Gonçalves (2005; cit. por Sopa, 2009) verifica-se que as mulheres imigrantes revelam níveis de ansiedade elevados, bem como uma diminuição dos níveis de satisfação com o suporte social. De acordo com este autor, os resultados observados estão relacionados com a fase do ciclo de vida em que a mulher se encontra, a gravidez e a maternidade, e ainda com o processo migratório, que desencadeia, por si só, um maior risco para a saúde mental do indivíduo.

O parto e o pós-parto constituem, para a maioria das sociedades, um período de maior risco para a mãe e para a criança. Neste período há uma série de rituais e de crenças que variam de cultura para cultura (Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002). Segundo Ramos (2004), é possível verificar-se que, nas culturas tradicionais, nomeadamente em algumas culturas africanas e muçulmanas, o parto e o pós-parto acarretam um forte laço cultural, sendo que os procedimentos e os rituais passam de geração em geração. Para esta autora, numa situação de migração, as práticas desempenhadas no país de acolhimento podem romper com todo um conjunto ritualístico de determinada cultura. Ora, este conjunto de rituais desempenha um papel protector e uma função psicológica importantes, sendo que a sua ruptura pode levar a situações de angústia, de stress e de ansiedade para a mulher proveniente de outro universo cultural. Esta situação de stress e de ansiedade pode ter consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebé ao nível da adesão e da utilização dos serviços de saúde por parte da mãe, desencadeando, por vezes, atitudes e

comportamentos inadequados e problemas de comunicação por parte dos profissionais de saúde (Ramos, 2007).

2. Objectivo e Hipóteses Gerais

Neste capítulo será apresentado o objectivo subjacente ao presente estudo, bem como as hipóteses gerais delineadas em função dele.

2.1. Objectivo

O objectivo principal deste estudo é averiguar a possível influência da migração sobre a vivência psicológica relacionada com o ciclo reprodutivo. Neste sentido, iremos aprofundar este objectivo no contexto do nascimento de bebés pré-termo no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

2.2. Hipóteses Gerais

Hipótese Geral 1 (HG1): A percepção materna em relação ao comportamento do bebé é mais positiva em mães de bebés pré-termo de famílias portuguesas quando comparadas com mães de bebés pré-termo de famílias de origem africana a viver em Portugal.

Hipótese Geral 2 (HG2): A confiança materna para cuidar do bebé é mais positiva em mães de bebés pré-termo de famílias portuguesas quando comparadas com mães de bebés pré-termo de famílias de origem africana a viver em Portugal.

3. Método

Neste capítulo serão elucidados os aspectos relativos à definição de variáveis do estudo, aos materiais utilizados, à definição das hipóteses específicas e ao procedimento.

3.1. Definição de variáveis

No contexto da Hipótese Geral 1, a variável independente é o “País de origem da mãe do bebé pré-termo”. A variável dependente é a “Percepção materna do comportamento do bebé pré-termo”.

No contexto da Hipótese Geral 2, a variável independente é o “País de origem da mãe do bebé pré-termo”. A variável dependente é a “Confiança materna para cuidar do bebé pré-termo”.

3.2. Material Utilizado

A presente investigação foi realizada com base na utilização de quatro materiais distintos, a saber: Informação para a Participante, Declaração de Consentimento Informado, Questionário Sociodemográfico e Clínico e escala *Mother and Baby Scales* (MABS).

3.2.1. Informação para a Participante (Anexo I)

O documento “Informação para a Participante” surgiu com o intuito de explicar às mães, de uma forma global e sistematizada, a presente investigação. Este documento encontra-se dividido em seis partes, nomeadamente: 1) Introdução, na qual se apresenta o título da investigação e se fornecem algumas informações acerca da investigadora (ainda nesta parte, as mães são colocadas à vontade para tirarem dúvidas que possam

surgir e, além disso, o referido documento explica o facto de a participação no estudo ser voluntária); 2) Objectivo do estudo, elucidando as possíveis participantes acerca do propósito da investigação; 3) Tipo de participação no estudo, sendo esclarecidos os aspectos subjacentes à participação das mães no estudo e fornecidas algumas informações sobre os instrumentos a serem utilizados (o Questionário Sociodemográfico e Clínico e a escala MABS); 4) Riscos e benefícios da participação no estudo; 5) Confidencialidade dos dados obtidos, esclarecendo as mães em relação à confidencialidade das respostas que derem aos questionários e 6) Assinatura do consentimento informado, sendo dito às mães que, se aceitarem participar no estudo, terão que assinar a Declaração de Consentimento Informado. É de referir, ainda, que o documento “Informação para a Participante” é constituído por três páginas, pretendendo-se que as mães que participarem no estudo fiquem com uma informação escrita sobre a investigação na qual colaboraram.

3.2.2. Declaração de Consentimento Informado (Anexo II)

Este documento foi realizado com o intuito de obter, por parte das mães que aceitaram participar no estudo, um consentimento formal da sua decisão. Desta forma, a “Declaração de Consentimento Informado” foi elaborada para as participantes deste estudo assinarem, no caso de compreenderem o conteúdo do documento “Informação para a Participante”, concordarem e autorizarem a recolha dos seus dados para a presente investigação e aceitarem a posterior utilização das suas respostas para publicação científica, juntamente com as de outras participantes do estudo, no caso de esta se vir a verificar.

3.2.3. Operacionalização de variáveis

A fim de operacionalizar as variáveis a estudar na nossa investigação, foi criado um Questionário Sociodemográfico e Clínico e escolhida uma escala que avalia a percepção materna do comportamento do bebé e a confiança materna para cuidar do bebé.

3.2.3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo III)

A variável independente “País de origem da mãe do bebé pré-termo” foi operacionalizada através deste questionário. Este questionário foi administrado, também, com o intuito de operacionalizar as variáveis a controlar, através da recolha de informação mais específica sobre as participantes, tendo sido dividido em sete partes distintas: 1) dados pessoais da participante (idade, escolaridade, estatuto socioeconómico, estatuto conjugal, etc.), 2) dados pessoais do companheiro (idade, escolaridade, estatuto socioeconómico, estatuto conjugal, etc.), 3) composição do agregado familiar, 4) dados do bebé, 5) dados da gravidez, 6) dados do parto, e 7) dados do pós-parto.

3.2.3.2. Mother and Baby Scales (MABS) (Anexo IV)

As variáveis dependentes “Percepção materna do comportamento do bebé pré-termo” e “Confiança materna para cuidar do bebé pré-termo” foram operacionalizadas através desta escala.

Esta escala foi desenvolvida por Wolke (1995) e traduzida para a língua portuguesa, em 2007, por Ana Raquel da Mota Marques. É constituída por 64 itens, agrupados em 8 subescalas, que permitem avaliar a percepção materna do comportamento do bebé (Alerta-Responsivo, Instável-Irregular, Fácil, Alerta Durante as

Refeições e Irritável Durante as Refeições), bem como a percepção materna da confiança para cuidar do bebê (Falta de Confiança para Cuidar; Falta de Confiança para Alimentar e Confiança Global). A escala divide-se em duas partes: A – O seu bebê e os seus sentimentos, e B – Alimentar o meu bebê durante os últimos dias. A primeira parte possui 43 itens e avalia, sobretudo, a percepção que as mães têm do comportamento do seu bebê no geral e o nível de confiança que sentem para cuidarem do seu bebê fora da situação de alimentação. A segunda parte possui 21 itens e avalia a percepção que as mães têm acerca do comportamento do seu bebê durante a alimentação e o nível de confiança que sentem para alimentarem o seu bebê (Wolke, 1995). A primeira parte da MABS inclui as subescalas: *Alertness-Responsiveness* / Alerta-Responsividade (A) – 8 itens, *Unsettled-Irregular* / Instabilidade-Irregularidade (UI) – 15 itens, *Lack of Confidence in Caretaking* / Falta de Confiança para Cuidar (LCC) – 13 itens, *Easiness* / Facilidade (E) – 3 itens e *Global Confidence* / Confiança Global (GC) – 3 itens. A segunda parte da MABS inclui as subescalas: *Alertness during Feeds* / Alerta durante as Refeições (ADF) – 5 itens, *Irritable during Feeds* / Irritabilidade durante as Refeições (IDF) – 8 itens e *Lack of Confidence in Feeding* / Falta de Confiança para Alimentar (LCF) – 8 itens. No que diz respeito à consistência interna (*Alpha de Cronbach*), a subescala A apresenta um valor de .83, a UI de .92, a LCC de .93, a E de .82, a GC de .81, a ADF de .82, a IDF de .86 e a LCF de .84 (Wolke, 1995). Na versão portuguesa (Marques, 2008), a consistência interna (*Alpha de Cronbach*) da subescala A apresenta um valor de .74, a UI de .84, a LCC de .86, a E de .71, a GC de .76, a ADF de .61, a IDF de .82 e a LCF de .84.

As respostas à MABS baseiam-se em escalas de tipo *Lickert*, atribuindo-se a cada afirmação (item), uma pontuação variável entre zero e cinco (0 – nunca; 5 – muitas

vezes) para as subescalas A, UI, LCC, ADF, IDF e LCF. De referir que, por vezes, é necessário recorrer à inversão da cotação em alguns itens das subescalas (i.e., 0 pontua 5, 1 pontua 4, 2 pontua 3, 3 pontua 2, 4 pontua 1 e 5 pontua 0). Ao todo são 10 itens: 5, 6, 19, 20, 33, 36, 50, 51, 56 e 57. Relativamente às subescalas E e GC, as respostas aos itens destas baseiam-se, também, em escalas de tipo *Lickert*. No entanto, nestes, a pontuação atribuída a cada afirmação varia entre -3 (ex. muito irritável) e +3 (ex. muito calmo), sendo necessário converter as pontuações. Para esse fim, adoptámos o seguinte critério: -3=0, -2=1, -1=2, 0=3, +1=4, +2=5, +3=6.

3.3. Hipóteses Específicas

Tendo em conta que as variáveis dependentes vão ser apreciadas pela escala MABS, surgem as seguintes hipóteses específicas.

Hipótese Específica 1 (HE1): As mães de bebés pré-termo de origem africana apresentam valores mais preocupantes nas dimensões “Alerta-Responsivo”, “Instável-Irregular”, “Fácil”, “Alerta Durante as Refeições” e “Irritável Durante as Refeições”, quando comparadas com mães de bebés pré-termo de famílias portuguesas.

Hipótese Específica 2 (HE2): As mães de bebés pré-termo de origem africana apresentam valores mais preocupantes nas dimensões “Falta de Confiança para Cuidar”, “Falta de Confiança para Alimentar” e “Confiança Global”, quando comparadas com as mães de bebés pré-termo de famílias portuguesas.

3.4. Procedimento

Tendo em conta a especificidade da amostra pretendida para este estudo e devido à facilidade de contacto com o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, em

função do estágio académico que estava a ser realizado nesta instituição, durante o mesmo período, a melhor forma encontrada para aceder a um conjunto de mães, portuguesas e africanas, de bebés que tivessem nascido pré-termo (< 37 semanas) foi recorrer às consultas de Neonatologia, de Desenvolvimento, de Gastroenterologia e de Pediatria Geral, nas quais estes bebés, com idades compreendidas entre os 0 e os 18 meses (idade cronológica) estivessem a ser seguidos.

Após ter sido obtido o parecer positivo por parte da Comissão de Investigação Clínica e da Comissão de Ética para a Saúde do referido hospital, foi iniciada a recolha da amostra com as mães de bebés pré-termo que frequentavam as consultas anteriormente referidas, tendo sido conseguida uma amostra de 30 participantes de origem portuguesa e 30 participantes de origem africana (Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe) que passaram por um processo de migração, num total de 60 participantes.

A recolha da amostra deu-se em articulação com o Departamento de Pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, mais concretamente, ao nível da Consulta Externa. Primeiramente, o objectivo da investigação era explicado a cada mãe e era pedido a sua colaboração, sendo-lhe dado o documento “Informação para a Participante”. No caso de esta aceitar participar na investigação, era-lhe pedido que assinasse, então, o referido documento e, também, a “Declaração de Consentimento Informado”. Em seguida era preenchido, pela investigadora, o Questionário Sociodemográfico e Clínico, de acordo com as informações fornecidas pelas participantes. Por último era-lhes entregue o protocolo da escala MABS, sendo explicada a forma de preenchimento deste. Em todos os momentos, a investigadora

encontrou-se junto das participantes, de modo a esclarecer quaisquer dúvidas que pudessem surgir.

O Questionário Sociodemográfico e Clínico e a escala MABS foram codificados numericamente, por forma a organizar os dados recolhidos, sem, no entanto, identificar as participantes nem os seus bebés, tendo os documentos “Declaração de Consentimento Informado” sido conservados separadamente.

4. Resultados

Os resultados que se seguem derivam da análise estatística, realizada através da utilização do programa *IBM SPSS Statistics 19.0*, dos dados obtidos a partir das 60 participantes do estudo.

Em primeiro lugar, efectuar-se-á a caracterização da amostra no que concerne aos seguintes parâmetros: média, desvio-padrão, mínimo e máximo (variáveis intervalares), e frequência de resposta (variáveis qualitativas). Devido à natureza desta investigação, a caracterização da amostra será feita tendo em conta a variável “País de origem da mãe”. Desta forma, serão criados dois grupos: um grupo de mães de origem Portuguesa ($n = 30$) e um grupo de mães de origem Africana ($n = 30$). Para a formação deste último grupo, serão consideradas as participantes de origem Angolana, Cabo-Verdiana, Santomense e Guineense. De seguida, será realizado o estudo da consistência interna das subescalas do instrumento *Mother and Baby Scales* (MABS), utilizando o parâmetro *Alpha de Cronbach*. Posteriormente, iremos estudar as subescalas do instrumento anteriormente referido, no que respeita à sua estatística descritiva, considerando os seguintes parâmetros: média, desvio-padrão, mínimo e máximo. Por último, será realizada a testagem das hipóteses da presente investigação, através da análise da regressão linear, a fim de estudar a relação entre as variáveis dependentes (“Percepção materna do comportamento do bebé pré-termo” e “Confiança materna para cuidar do bebé pré-termo”, apreciadas através das subescalas da MABS) e a variável independente (“País de origem da mãe do bebé pré-termo”, operacionalizada através do Questionário Sociodemográfico e Clínico). Serão, também, avaliadas algumas variáveis sociodemográficas e clínicas consideradas pertinentes.

4.1. Caracterização da amostra (Anexo V)

4.1.1. As participantes

As mães de origem Portuguesa que constituem a amostra têm entre 22 e 43 anos, sendo que a média das idades é de 33.30 anos, com um desvio-padrão de 5.04. Por sua vez, o grupo de mães de origem Africana apresenta idades compreendidas entre os 16 e os 39 anos, com um valor médio de 27.67 e um desvio-padrão de 5.97. Neste segundo grupo, para 33.3% das participantes, o país de origem é Angola, para 33.3% é Cabo-Verde, para 20% é Guiné-Bissau e para 13.3%, o país de origem é São Tomé e Príncipe.

O número de anos de estudo com sucesso das mães portuguesas apresenta uma média de 11.83 anos, com um desvio-padrão de 3.88, variando entre um mínimo de 6 anos e um máximo de 18 anos. No grupo de mães de origem africana, o número de anos de estudo com sucesso tem uma média de 10.13 anos e um desvio-padrão de 1.87, variando entre os 6 e os 13 anos.

No que diz respeito à religião, no grupo de mães portuguesas, 30% das participantes não têm religião, 66.7% são católicas e 3.3% são evangélicas. No grupo de mães africanas, 30% das participantes não têm religião, 60% são católicas, 6.7% são evangélicas e 3.3% são muçulmanas.

As mães de origem africana apresentam um período de permanência em Portugal entre os 3 e os 24 anos, sendo que a média é de 9.33 anos, com um desvio-padrão de 5.24. Os motivos da vinda para Portugal, relatados pelas participantes, são os seguintes: “imigração dos pais” (30%), “vir ter com familiares” (26.7%), “procurar uma vida melhor” (23.3%), “vir estudar” (13.3%) e “vir de férias e não regressar ao país de origem” (6.7%).

Relativamente ao estatuto conjugal, no grupo de mães portuguesas, 60% das participantes são casadas, 33.3% vivem em união de facto, 3.3% são divorciadas e 3.3% solteiras. No grupo de mães de origem africana, 53.3% das participantes vivem em união de facto, 33.3% são solteiras e 13.3% são casadas.

Quanto ao nível socioeconómico, foi analisado através do índice de Graffar: nível 1, superior; nível 2, médio superior; nível 3, médio; nível 4, médio inferior e nível 5, inferior. No grupo de mães portuguesas, temos que 13.3% das participantes encontram-se no nível 1, 26.7% no nível 2, 46.7% no nível 3 e 13.3% no nível 4. No grupo de participantes africanas, 3.3% das mães encontram-se no nível 2, 60% no nível 3 e 36.7% no nível 4.

4.1.2. Os companheiros das participantes

No que diz respeito aos companheiros das participantes, no grupo de mães portuguesas, todas elas afirmaram terem companheiro. Neste grupo, a média de idades dos companheiros é de 34.77 anos, com um desvio-padrão de 5.10, variando entre os 24 e os 46 anos. No grupo de mães de origem africana, apenas 27 participantes afirmaram terem companheiro. Neste grupo, a média das idades dos companheiros é de 31.78 anos, com um desvio-padrão de 5.82, variando entre os 19 e os 46 anos. Relativamente ao país de origem do companheiro, no grupo de mães portuguesas apenas uma participante não tem um companheiro do mesmo país de origem, sendo este Cabo-Verdiano. No grupo de mães africanas, das 27 que têm companheiro, 3 apresentam companheiros cujo país de origem é Portugal. As restantes apresentam companheiros com um dos países de origem africanos aqui representados.

O número de anos de estudo com sucesso dos companheiros das participantes portuguesas apresenta uma média de 11.33 anos e um desvio-padrão de 3.78, com um mínimo de 5 anos e um máximo de 17 anos. Os companheiros das participantes africanas apresentam uma média e um desvio-padrão, ao nível do número de anos de estudo com sucesso, de 10.7 anos e de 3.33, respectivamente, com um mínimo de 3 anos e um máximo de 17 anos.

No que respeita à razão da vinda para Portugal do companheiro, a participante portuguesa cujo companheiro é proveniente de Cabo-Verde, relatou o seguinte motivo: “vir estudar” (3.3%). No grupo de mães africanas, os motivos relatados são os seguintes: “vir trabalhar” (26.7%), “imigração dos pais” (20%), “estudar” (20%) e “procurar uma vida melhor” (13.3%). É de referir que, neste último grupo, apenas foram consideradas 24 participantes, uma vez que as restantes têm companheiros portugueses (3 participantes) ou não têm companheiros (3 participantes).

Quanto ao estatuto conjugal dos companheiros, no grupo de mães portuguesas, 60% dos companheiros das participantes são casados, 33.3% vivem em união de facto, 3.3% são divorciados e 3.3% são solteiros. No grupo de mães africanas, 53.3% dos companheiros das participantes vivem em união de facto, 23.3% são solteiros e 13.3% são casados. O nível socioeconómico dos companheiros foi, também, analisado através do índice de Graffar: nível 1, superior; nível 2, médio superior; nível 3, médio; nível 4, médio inferior e nível 5, inferior. No grupo de mães portuguesas, 13.3% dos companheiros encontram-se no nível 1, 16.7% no nível 2, 60% no nível 3 e 10% no nível 4. No grupo de mães africanas, 6.7% dos companheiros encontram-se no nível 1, 10% no nível 2, 50% no nível 3 e 23.3% no nível 4. É de referir que no grupo de mães

de origem africana apenas foram consideradas 27 participantes, uma vez que as restantes afirmam não terem companheiro (3 participantes).

4.1.3. O agregado familiar das participantes

Relativamente ao número de anos de relação com o companheiro, o grupo de mães portuguesas apresenta um valor médio de 7.97 anos e um desvio-padrão de 4.03, em que os valores oscilam entre um mínimo de 2 anos e um máximo de 18 anos. No grupo de mães africanas, o valor médio é de 4.48 anos e um desvio-padrão de 2.85, com um mínimo de 2 anos e um máximo de 13 anos. Neste último grupo apenas foram consideradas 27 participantes, uma vez que as restantes não têm companheiro.

Quanto à composição do agregado familiar, no grupo de mães portuguesas, 36.7% das participantes apresentam um agregado composto por três pessoas, 46.7% composto por 4 pessoas, 13.3% composto por 5 pessoas e 3.3% composto por 6 pessoas. Relativamente ao grupo de mães de origem africana, 46.7% das participantes apresentam um agregado composto por 3 pessoas, 26.7% composto por 4 pessoas, 16.7% composto por 5, 6.7% composto por 6 pessoas e 3.3% composto por 8 pessoas.

No que respeita à habitação com o pai do bebé, a maioria das mães de origem portuguesa afirmou viver com o pai do bebé (96.7%). daquelas que afirmaram não viver com o pai do bebé, 3.3% referem estar com ele algumas vezes por mês. No grupo de mães africanas, 70% das participantes afirmam viver com o pai do bebé. daquelas que afirmam não viver com o pai do bebé, 16.7% estão com ele todos ou praticamente todos os dias, 3.3% estão com ele algumas vezes por mês e 10% das participantes afirmam não estar nunca ou praticamente nunca com o pai do bebé.

No grupo de mães portuguesas, 56.7% das participantes afirmam ter uma relação muito boa com o pai do filho, 40% afirmam ter uma relação boa e 3.3% referem não ter relação com o pai do seu filho. 90% das mães portuguesas sentem-se apoiadas frequentemente pelo pai do filho e 10% das participantes sentem-se apoiadas apenas às vezes pelo pai do filho. No grupo de mães africanas, 40% das participantes classificam a sua relação com o pai do filho como muito boa, 46.7% como tendo uma relação boa, 6.7% afirmam ter uma relação muito má e 6.7% refere não ter relação com o pai do filho. 76.7% das mães africanas afirmam sentirem-se apoiadas frequentemente pelo pai do filho, 10% às vezes e 13.3% referem nunca sentir apoio por parte do pai do filho.

4.1.4. A gravidez e a história obstétrica

Relativamente à gravidez, mostrou-se pertinente saber se este bebé seria o primeiro filho destas mães. Para 40% das mães portuguesas este é o primeiro filho e para 60% não. Destes 60% de participantes, 43.3% dois filhos, 10% três filhos e 6.7% têm quatro filhos. Relativamente à amamentação, 56.7% das mães portuguesas afirmaram terem amamentado os seus outros filhos, enquanto 3.3% não. Quanto ao grupo de mães africanas, para 70% das participantes este é o primeiro filho e para 30% não. Destes 30% de participantes, 20% têm dois filhos e 10% três filhos. Relativamente à amamentação, todas as participantes de origem africana amamentaram os seus outros filhos.

Foi, também, considerado pertinente averiguar se a gravidez tinha sido planeada e se tinha sido desejada. No grupo de mães portuguesas, 70% das participantes referiram ter planeado a gravidez e 30% não. Todas as mães deste grupo referiram ter sido uma gravidez desejada. No grupo de mães africanas, 43.3% das participantes

referiram ter sido uma gravidez planeada, enquanto 56.7% referiram não ter planeado a gravidez. Todas as mães deste grupo referiram ter sido uma gravidez desejada.

No que diz respeito à variável preferência pelo sexo do bebé, no grupo de mães portuguesas 40% das participantes referiram ter preferência, enquanto 60% não. No grupo de mães africanas, 53.3% das participantes referiram ter preferência pelo sexo do bebé, enquanto 46.7% não.

Pretendeu-se, ainda, averiguar se a gravidez tinha sido vigiada e, no caso afirmativo, com que frequência. No grupo de mães portuguesas, 60% das participantes referiram ter ido mensalmente às consultas médicas, 20% quinzenalmente e 20% semanalmente. No grupo de mães africanas, 63.3% das participantes afirmaram ter vigiado a gravidez com uma frequência mensal, 23.3% com uma frequência quinzenal, 10% com uma frequência semanal e 3.3% das participantes não vigiaram a gravidez.

Relativamente à história obstétrica da mãe, foi averiguado a existência de partos pré-termo anteriores e a existência de interrupções, espontâneas ou voluntárias, de gravidezes anteriores. No grupo de mães portuguesas, 13.3% das participantes afirmaram terem tido partos pré-termo anteriores e 86.7% não. No grupo de mães africanas, 6.7% das participantes afirmaram terem tido partos pré-termo anteriores e 93.3% não. Quanto à existência de interrupções de gravidez anteriores, no grupo de mães portuguesas, 70% das participantes afirmam não terem tido, 10% tiveram uma interrupção espontânea da gravidez (IEG), 13.3% afirmam terem tido uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) e 6.7% das participantes apresentam historial de IEG e IVG. No grupo de mães africanas, 86.7% das participantes afirmam não terem tido nenhuma interrupção de gravidez anterior, 10% tiveram uma IEG e 3.3% uma IVG.

4.1.5. O parto

O tipo de parto foi, na sua maioria, por cesariana. No grupo de mães portuguesas, este tipo de parto constituiu 70% da amostra e no grupo de mães africanas 63.3%. A anestesia predominantemente utilizada, nos dois grupos, foi a epidural, sendo que no grupo de mães portuguesas a sua utilização foi de 60% e no grupo de mães africanas foi de 83.3%. Das participantes cujo parto foi por cesariana, o motivo da cesariana mais frequente, no grupo de mães portuguesas foi devido a hipertensão arterial (23.3%), e no grupo de mães africanas foi devido a descolamento da placenta (16.7%).

Quanto ao facto de a participante ter tido alguém presente durante o parto, no grupo de mães portuguesas, 66.6% das participantes referiram não terem tido ninguém conhecido a acompanhá-las. Das que referiram ter tido alguém conhecido, a maior parte (30%) referiram ter sido o pai do bebé. No grupo de mães africanas, 66.7% das participantes referiram não ter tido ninguém conhecido a acompanhá-las. Das que referiram ter tido uma pessoa conhecida, 16.7% afirmaram ter sido o pai do bebé, e 16.7% um familiar.

4.1.6. Os bebés pré-termo

No grupo de mães portuguesas, os bebés que constituem a amostra são, na sua maioria, do sexo masculino (60%). Estes bebés apresentam uma idade cronológica média de 32.30 semanas, com um desvio-padrão de 18.76, em que a idade mínima é de 4 semanas e a idade máxima é de 67 semanas. A idade corrigida média dos bebés do grupo de mães portuguesas é de 27.40 semanas e o desvio-padrão de 18.80, com uma idade mínima de 0 semanas e máxima de 64 semanas. No grupo de mães africanas, os

bebés que constituem a amostra são, na sua maioria, do sexo masculino (53.3%). Estes bebés apresentam uma idade cronológica média de 26.77 semanas, com um desvio-padrão de 16.80, sendo a idade mínima de 4 semanas e a máxima de 65 semanas. A idade corrigida média é de 22.33 semanas e o desvio-padrão de 16.00, com uma idade mínima de 1 semana e máxima de 57 semanas.

O peso à nascença dos bebés de mães portuguesas varia entre os 860g e os 2310g, sendo a média de 1652.70g e o desvio-padrão de 505.44. O comprimento médio do bebé à nascença é de 39.80cm, com um desvio-padrão de 3.36, variando entre os 33cm e os 44cm. O tempo de gestação, em dias, tem uma média de 225.90 dias e um desvio-padrão de 18.81, e varia entre os 189 e os 252 dias. Quanto ao grupo de mães africanas, o peso à nascença dos seus bebés varia entre os 950g e os 2950g, sendo a média de 1808.50g e o desvio-padrão de 613.58. O comprimento médio dos bebés à nascença é de 40.83cm, com um desvio-padrão de 5.07, variando entre os 23cm e os 49cm. O tempo de gestação, em dias, tem uma média de 229.60 dias e um desvio-padrão de 17.72 e varia entre os 195 dias e os 253 dias.

No grupo de mães de nacionalidade portuguesa, 26.7% dos bebés necessitaram de ser reanimados à nascença e 73.3% não. A maioria dos bebés não apresentou um quadro clínico de sepsis (93.3%). Com poucas horas de vida, a maioria dos bebés deste grupo encontrava-se na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (53.3%) e os restantes na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (46.7%). Actualmente, a maioria dos bebés (76.7%) encontra-se saudável, sem qualquer problema clínico. No grupo de mães africanas, 33.3% dos bebés necessitaram de reanimação à nascença e 66.7% não. A maioria dos bebés não apresentou um quadro clínico de sepsis (83.3%) e, com poucas horas de vida, a maioria dos bebés encontrava-se na Unidade de Cuidados

Intensivos Neonatais (73.3%), sendo que os restantes se encontravam na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (26.7%). Actualmente, a maioria dos bebés (60%) encontra-se saudável, sem qualquer problema clínico.

No grupo de mães portuguesas, a maioria (83.3%) amamentou os seus bebés e decidiu retirar leite para alimentá-los (93.3%). Verifica-se, também, que a maioria das mães africanas (96.7%) amamentou os seus bebés e retirou leite para alimentá-los (93.3%).

4.2. Análise da Consistência Interna das Subescalas da MABS (Anexo VI)

4.2.1. Subescala Alerta-Responsividade (A)

No que diz respeito à consistência interna da subescala A (8 itens), o valor inicial do *Alpha de Cronbach* era de .746. Após uma análise aos itens desta subescala, foi retirado o item 20 para se obter um valor mais elevado. A configuração final da subescala resultou em 7 itens, nomeadamente os itens 1, 7, 12, 15, 24, 28 e 32, obtendo-se um valor final do *Alpha de Cronbach* de .806.

4.2.2. Subescala Instabilidade-Irregularidade (UI)

Relativamente à subescala UI (15 itens), o valor inicial do *Alpha de Cronbach* era de .697. Após a remoção dos itens 18, 21, 26 e 34, conseguimos obter um valor final de .784. A configuração final desta subescala resultou em 11 itens: 2, 4, 5, 8, 11, 14, 17, 25, 29, 31 e 35.

4.2.3. Subescala Falta de Confiança para Cuidar (LCC)

A subescala LCC (13 itens) apresentou um valor inicial do *Alpha de Cronbach* de .812. Não se verificou a necessidade de alterar a sua configuração inicial de 13 itens: 3, 6, 9, 10, 13, 16, 19, 22, 23, 27, 30, 33 e 36.

4.2.4. Subescala Facilidade (E)

A subescala E (3 itens) revelou um valor inicial do *Alpha de Cronbach* de .607, que, embora não muito elevado, não podia ser melhorado com a remoção de itens. Desta forma, a sua configuração continuou a consistir nos itens 37, 38 e 40.

4.2.5. Subescala Confiança Global (GC)

Relativamente à subescala GC (3 itens), o coeficiente de .800 com os três itens iniciais não fez com que fosse necessário proceder-se à alteração da configuração da subescala. Assim, esta continuou a ser constituída pelos itens 41, 42 e 43.

4.2.6. Subescala Alerta durante as Refeições (ADF)

Quanto à subescala ADF (5 itens), a análise da consistência interna revelou um valor do *Alpha de Cronbach* de .653. Embora não fosse muito elevado, este não podia ser melhorado com a remoção de itens, pelo que não se verificou uma alteração da configuração inicial desta subescala. Assim, esta continuou a ser constituída pelos itens 44, 50, 54, 56 e 62.

4.2.7. Subescala Irritabilidade durante as Refeições (IDF)

A subescala IDF (8 itens) revelou um coeficiente de .701. Não se verificou a necessidade de alterar a sua configuração inicial de 8 itens: 45, 47, 48, 52, 53, 57, 60 e 63.

4.2.8. Subescala Falta de Confiança para Alimentar (LCF)

Quanto à subescala LCF (8 itens), o valor inicial do *Alpha de Cronbach* era de .704, o qual foi melhorado para .825 com a remoção dos itens 51, 55 e 58. Desta forma, a configuração final desta subescala resultou em 5 itens: 46, 49, 59, 61 e 64.

4.3. Estudo das Escalas (Anexo VII)

Os dados fornecidos pela análise descritiva das subescalas da MABS revelam os valores característicos da amostra relativamente aos parâmetros estudados.

Primeiramente, serão analisados os resultados da subescala Alerta-Responsividade (A). No grupo de mães portuguesas, o valor médio foi de 29.57, com um desvio-padrão de 3.91, em que se obteve um valor mínimo de 20 e um máximo de 35. No grupo de mães africanas, o valor médio foi de 25.97, com um desvio-padrão de 7.25. Neste grupo, o valor mínimo obtido foi de 11 e o máximo foi de 35. O valor máximo que poderia ser atingido nesta subescala seria de 35.

Na subescala Instabilidade-Irregularidade (UI), o grupo de mães portuguesas obteve um valor médio de 17.33, com um desvio-padrão de 8.03, tendo os valores oscilado entre 3 e 32. No grupo de mães africanas, o valor médio foi de 22.23, com um desvio-padrão de 9.84, em que se obteve um valor mínimo de 7 e um máximo de 42. O valor máximo que poderia ser atingido nesta subescala seria de 55.

Na subescala Falta de Confiança para Cuidar (LCC), o grupo de mães portuguesas obteve um valor médio de 14.13, com um desvio-padrão de 6.84, em que os valores oscilaram entre 3 e 28. O grupo de mães africanas obteve um valor médio de 24.63, com um desvio-padrão de 11.34. O valor mínimo obtido foi de 5 e o máximo foi de 44. O valor máximo que poderia ser atingido nesta subescala seria de 65.

Na subescala Facilidade (E), o grupo de mães portuguesas obteve um valor médio de 14.57, com um desvio-padrão de 3.27, onde o valor mínimo obtido foi de 7 e o máximo de 18. No grupo de mães africanas, o valor médio obtido foi de 12.83, com um desvio-padrão de 2.97, em que os valores mínimo e máximo oscilaram entre 6 e 17. O valor máximo que poderia ser atingido seria de 18.

Na subescala Confiança Global (GC), o grupo de mães portuguesas obteve o valor médio de 14.43 e um desvio-padrão de 3.15, com uma oscilação entre 6 e 18. O grupo de mães africanas obteve um valor médio de 10.40, com um desvio-padrão de 4.30, onde o valor mínimo obtido foi de 2 e o máximo de 18. O valor máximo que poderia ser obtido seria de 18.

Na subescala Alerta durante as Refeições (ADF), o grupo de mães portuguesas obteve um valor médio de 17.53, com um desvio-padrão de 3.43, em que o valor mínimo foi de 10 e o máximo de 23. O grupo de mães africanas apresentou um valor médio de 17.03, com um desvio-padrão de 4.75, onde o valor mínimo obtido foi de 7 e o máximo de 25. O valor máximo que poderia ser obtido seria de 25.

Na subescala Irritabilidade durante as Refeições (IDF), o grupo de mães portuguesas obteve um valor médio de 7.48, com um desvio-padrão de 5.89, onde o valor mínimo foi de 0 e o máximo de 23. O grupo de mães africanas obteve um valor

médio de 12.07, com um desvio-padrão de 5.16, em que o valor mínimo obtido foi de 2 e o máximo de 20. Nesta subescala foram consideradas apenas 27 participantes portuguesas e 29 participantes africanas devido à falta de preenchimento completo da subescala por parte das restantes. O valor máximo que poderia ser obtido seria de 40.

Na subescala Falta de Confiança para Alimentar, o grupo de participantes portuguesas obteve um valor médio de 3.26, com um desvio-padrão de 4.18, em que o valor mínimo obtido foi de 0 e o máximo foi de 15. No grupo de participantes africanas, o valor médio obtido foi de 6.93, com um desvio-padrão de 5.39, em que o valor mínimo obtido foi de 0 e o máximo foi de 17. À semelhança da subescala anterior, foram consideradas apenas 27 participantes portuguesas e 29 participantes africanas devido à falta de preenchimento completo da subescala por parte das restantes. O valor máximo que poderia ser obtido seria de 25.

4.4. Testagem das Hipóteses (Anexo VIII)

Para testar as hipóteses da presente investigação, optámos por utilizar a Análise da Regressão. Com a utilização da regressão, é possível prever valores de uma variável (dependente) a partir de uma ou mais variáveis (independentes) (Fields, 2005). A regressão múltipla dá-nos informação acerca das contribuições de cada uma dessas variáveis e permite testar se a junção de uma variável contribui para a capacidade preditiva do conjunto das variáveis (Pallant, 2005).

Assim, através da realização desta análise, é possível compreender melhor a relação entre as variáveis, uma vez que permite estudar se os valores observados nas variáveis independentes podem prever aquilo que iremos verificar nas variáveis dependentes.

Primeiramente, procedeu-se à testagem de aproximação à normal das variáveis em estudo (sociodemográficas e clínicas e psicométricas) com os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks. Relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas, as variáveis que não se afastam significativamente da distribuição normal são: *Idade da mãe*, *Idade do companheiro*, *Tempo de gestação* e *Comprimento do bebé à nascença*. Em relação às variáveis *Número de anos de estudo da mãe*, *Número de anos de estudo do companheiro*, *Número de anos de relação*, *Número de filhos*, *Número de gravidezes anteriores*, *Idade cronológica* e *Peso do bebé à nascença*, foram inspeccionados os gráficos *Q-Q Plot* e verificou-se que a dispersão dos dados se organizava em torno dos valores esperados. Por este motivo, as referidas variáveis não parecem comprometer a realização das análises de regressão. Quanto às subescalas da MABS, as subescalas UI, LCC, ADF e IDF não apresentam afastamentos significativos em relação à distribuição normal. Quanto às subescalas A, E, GC e LCF, a inspeção dos gráficos *Q-Q Plot* apresentou configurações de acordo com o esperado e, por esse motivo, foram aceites para a análise da regressão.

Para realizar a análise da regressão, tendo em conta a organização das variáveis independentes, foram formados cinco modelos. No primeiro modelo, foi incluída a variável independente *País de origem da mãe*. Num segundo modelo, introduziram-se as variáveis que caracterizavam as mães da nossa amostra e os seus companheiros. Assim, foram consideradas as variáveis *Idade da mãe*, *Número de anos de estudo da mãe*, *Religião da mãe*, *Idade do companheiro* e *Número de anos de estudo do companheiro*. Seguidamente, no terceiro modelo, foram incluídas variáveis respeitantes à relação entre as mães e os seus companheiros, nomeadamente, *Número de anos de relação*, *Número de filhos*, *Habitação com o pai do bebé*, *Relação com o pai do bebé* e

Sentir-se apoiada pelo pai do bebé. O quarto modelo foi composto por variáveis obstétricas, designadamente, *Tempo de gestação*, *Gravidez planeada*, *Tipo de parto*, *Número de gravidezes anteriores* e *Partos pré-termo anteriores*. Por último, o quinto modelo constituiu-se por variáveis de natureza pediátrica, tais como, *Idade cronológica*, *Sexo do bebé*, *Peso do bebé à nascença*, *Comprimento do bebé à nascença*, *Estado clínico actual do bebé* e *Amamentação do bebé*. É de referir que, primeiramente, foram incluídas as variáveis *Número de anos a viver em Portugal da mãe* (modelo 2), *Gravidez desejada* (modelo 4) e *Idade corrigida* (modelo 5). Porém, devido a efeitos de multicolinearidade, estas variáveis foram, posteriormente, retiradas da análise da regressão. Em todas as análises de regressão a variável dependente é sempre assumida por uma das subescalas da MABS.

4.3.1. Testagem da Hipótese Específica 1

Em primeiro lugar, foram testadas as hipóteses relativas à “Percepção materna do comportamento do bebé pré-termo”.

A tabela seguinte descreve a análise da regressão para a subescala A da MABS.

Tabela 1. Análise de Regressão para a Variável Dependente *Alerta-Responsividade (A)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Significância de Acréscimo
1	.291	.085	.068	.085	.029
2	.386	.149	.045	.064	.600
3	.447	.200	.000	.051	.730
4	.543	.294	.005	.095	.406
5	.670	.449	.082	.155	.194

Tal como é possível analisar nesta tabela, o conjunto dos modelos introduzidos explica 44.9% da variância dos valores de *Alerta-Responsividade*. Apenas o acréscimo do primeiro modelo, isto é, da variável *País de origem da mãe* se constitui como significativo ($p = .029$).

A tabela seguinte descreve a análise da regressão para a subescala UI da MABS.

Tabela 2. Análise de Regressão para a Variável Dependente *Instabilidade-Irregularidade* (UI)

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Significância de Acréscimo
1	.309	.096	.079	.096	.020
2	.446	.199	.101	.103	.297
3	.535	.286	.108	.087	.385
4	.617	.381	.127	.095	.330
5	.712	.506	.177	.125	.245

A totalidade dos modelos consegue explicar 50.6% da variância dos valores de *Instabilidade-Irregularidade*. Uma vez mais, o modelo 1, constituído pela variável *País de origem da mãe*, revela-se significativo para os dados obtidos nesta subescala ($p = .020$).

A tabela seguinte descreve a análise da regressão para a subescala E da MABS.

Tabela 3. Análise de Regressão para a Variável Dependente *Facilidade* (E)

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Significância de Acréscimo
1	.281	.079	.062	.079	.036
2	.346	.119	.012	.040	.811
3	.445	.198	-.003	.078	.517
4	.487	.237	-.076	.039	.843
5	.525	.275	-.208	.038	.937

Através da análise desta tabela, verifica-se que o conjunto dos modelos introduzidos explica 27.5% da variância dos valores de *Facilidade*. Mais uma vez, apenas o acréscimo do primeiro modelo, isto é, da variável *País de origem da mãe* se constitui como significativo ($p = .036$).

A tabela seguinte descreve a análise da regressão para a subescala ADF da MABS.

Tabela 4. Análise de Regressão para a Variável Dependente *Alerta durante as Refeições* (ADF)

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Significância de Acréscimo
1	.129	.017	-.002	.017	.343
2	.298	.089	-.023	.072	.573
3	.418	.174	-.032	.086	.481
4	.449	.201	-.126	.027	.931
5	.666	.444	.074	.243	.049

Como é possível verificar, a totalidade dos modelos aqui introduzidos consegue explicar 44.4% da variância dos valores de *Alerta durante as Refeições*. Somente através do último modelo, com a introdução das variáveis *Idade cronológica*, *Sexo do bebé*, *Peso do bebé à nascença*, *Comprimento do bebé à nascença*, *Estado clínico actual do bebé* e *Amamentação do bebé* se verifica um aumento significativo na explicação dos valores de *Alerta durante as Refeições* ($p = .049$).

A tabela seguinte descreve a análise da regressão para a subescala IDF da MABS.

Tabela 5. Análise de Regressão para a Variável Dependente *Irritabilidade durante as Refeições* (IDF)

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Significância de Acréscimo
1	.406	.165	.148	.165	.003
2	.495	.245	.146	.080	.443
3	.573	.328	.148	.083	.420
4	.637	.406	.142	.078	.463
5	.702	.493	.122	.087	.536

O conjunto de modelos introduzidos explica 49.3% da variância dos valores de *Irritabilidade durante as Refeições*. Uma vez mais, o modelo 1, constituído pela variável *País de origem da mãe*, revela-se significativo para os dados obtidos nesta subescala ($p = .003$).

Numa análise mais pormenorizada, verifica-se que, na subescala A, as variáveis *Número de filhos* e *Número de gravidezes anteriores* apresentam um valor preditivo marginalmente significativo ($p = .075$ e $p = .070$, respectivamente). Verifica-se, ainda, que a variável *Idade cronológica* apresenta um valor significativo ($p = .016$). Na subescala UI, as variáveis *Número de filhos* e *Amamentação do bebé* revelam-se significativas para a variância dos dados obtidos ($p = .019$ e $p = .022$, respectivamente). Também, a variável *Número de gravidezes anteriores* apresenta um valor preditivo marginalmente significativo ($p = .062$). Na subescala E, a variável *Relação com o pai do filho* surge como marginalmente significativa na predição dos valores obtidos ($p = .078$). Na subescala ADF, verifica-se que a variável *Idade cronológica* se revela significativamente preditiva dos valores ($p = .002$). A variável *Religião da mãe*, com a introdução das variáveis de natureza pediátrica (modelo 5) ganha, igualmente, valor preditivo significativo ($p = .026$). Na subescala IDF, a variável *Número de filhos* surge

como marginalmente significativa ($p = .062$), sendo que vai ganhando valor preditivo com a introdução das variáveis obstétricas (modelo 4) e com a introdução de variáveis pediátricas (modelo 5), tornando-se significativa ($p = .019$). Também as variáveis *Número de gravidezes anteriores* e o *Peso do bebê à nascença* se revelam marginalmente significativas ($p = .063$ e $p = .086$, respectivamente). A variável *Número de anos de estudo da mãe* torna-se marginalmente significativa ($p = .082$) com a introdução de variáveis obstétricas (modelo 4).

4.3.2. Testagem da Hipótese Específica 2

Seguidamente foram testadas as hipóteses relativas à “Confiança materna para cuidar do bebê pré-termo”.

A tabela seguinte descreve a análise da regressão para a subescala LCC da MABS.

Tabela 6. Análise de Regressão para a Variável Dependente *Falta de Confiança para Cuidar* (LCC)

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Significância de Acréscimo
1	.488	.238	.224	.238	.000
2	.580	.336	.255	.098	.225
3	.646	.418	.272	.081	.313
4	.676	.457	.234	.040	.724
5	.704	.496	.159	.039	.860

A totalidade dos modelos consegue explicar 49.6% da variância dos valores de *Falta de Confiança para Cuidar*. O modelo 1, constituído pela variável *País de origem da mãe*, revela-se significativo para os dados obtidos nesta subescala ($p = .000$).

A tabela seguinte descreve a análise da regressão para a subescala LCF da MABS.

Tabela 7. Análise de Regressão para a Variável Dependente *Falta de Confiança para Alimentar* (LCF)

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Significância de Acréscimo
1	.371	.137	.120	.137	.006
2	.491	.241	.142	.104	.297
3	.607	.369	.200	.128	.167
4	.629	.396	.128	.027	.895
5	.631	.398	-.043	.002	1.00

Através da análise desta tabela, verifica-se que o conjunto de modelos aqui introduzidos explica 39.8% da variância dos valores de *Falta de Confiança para Alimentar*. Uma vez mais, o modelo 1, constituído pela variável *País de origem da mãe*, apresenta um acréscimo significativo para a predição dos valores ($p = .006$).

A tabela seguinte descreve a análise da regressão para a subescala GC da MABS.

Tabela 8. Análise de Regressão para a Variável Dependente *Confiança Global* (GC)

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Significância de Acréscimo
1	.452	.204	.189	.204	.000
2	.583	.340	.260	.136	.091
3	.673	.453	.316	.112	.132
4	.729	.531	.339	.078	.281
5	.779	.607	.345	.076	.407

A totalidade dos modelos introduzidos explica 60.7% da variância dos valores de *Confiança Global*. Aqui, o modelo 1, constituído pela variável *País de origem da mãe*, apresenta um acréscimo significativo ($p = .000$) para a explicação da variância dos valores. No entanto, o segundo modelo, com a introdução das variáveis *Idade da mãe*,

Número de anos de estudo da mãe, Religião da mãe, Idade do companheiro e Número de anos de estudo do companheiro, revela uma significância interessante ($p = .091$) no que diz respeito ao seu poder explicativo, sendo considerado marginalmente significativo.

Numa análise mais aprofundada, verifica-se que, na subescala LCC, a variável *Número de anos de estudo do companheiro* apresenta um valor preditivo significativo ($p = .040$). A variável *Idade da mãe* também se revela significativa ($p = .044$) com a introdução de variáveis que dizem respeito à relação da mãe com o seu companheiro. As variáveis *Número de anos de estudo da mãe, Religião da mãe e Relação com o pai do bebê* apresentam valores preditivos marginalmente significativos ($p = .083$, $p = .089$ e $p = .060$, respectivamente). Na subescala LCF, as variáveis *Número de anos de estudo do companheiro* e *Sentir-se apoiada pelo pai do filho* apresentam um valor preditivo significativo ($p = .030$ e $p = .047$) para a variância dos resultados. Por último, na subescala GC, as variáveis *Idade da mãe, Número de anos de estudo do companheiro e Relação com o pai do filho* apresentam valores significativos ($p = .010$, $p = .029$ e $p = .025$, respectivamente). Também as variáveis *Vive com o pai do filho* e *Tempo de gestação* demonstram um valor preditivo marginalmente significativo ($p = .055$ e $p = .090$, respectivamente).

5. Discussão de Resultados e Principais Conclusões

Da análise efectuada aos dados obtidos, poderemos afirmar que a primeira hipótese foi parcialmente confirmada. Segundo esta hipótese, a percepção materna do comportamento do bebé é influenciada pela origem nacional da mãe. Verifica-se que, dos resultados obtidos da análise a todas as subescalas da MABS que apreciam a variável *Percepção materna do comportamento do bebé pré-termo*, à excepção de *Alerta durante as refeições*, a variável *País de origem da mãe* oferece sempre um contributo significativo para a explicação da variância das variáveis dependentes. Desta forma, é possível conceber que os aspectos socioculturais ligados ao país de origem da mãe, aos quais deveria ser associado o próprio processo migratório, desempenham um papel importante relativamente à forma como a cuidadora percebe o comportamento do seu filho ao nível das dimensões Alerta-Responsivo, Instável-Irregular, Fácil e Irritável Durante as Refeições. Pelo contrário, o país de origem da mãe, só por si, não ajuda a explicar a variância da variável *Alerta Durante as Refeições*. Nesta dimensão, o modo como a mãe percebe o comportamento do bebé parece ser influenciada por factores do bebé como a idade cronológica, o sexo, o peso e o comprimento à nascença, o estado clínico actual e o tipo de alimentação.

Quanto à segunda hipótese, poderemos dizer que foi totalmente confirmada. De acordo com esta, a confiança materna para cuidar do bebé é influenciada pela origem nacional da mãe. Desta forma, verifica-se que a variável *País de origem da mãe* oferece sempre um contributo significativo para a explicação da variância das variáveis dependentes. Portanto, é plausível que os aspectos socioculturais relativos à origem da mãe, onde o processo migratório não pode ser esquecido, protagonizam um papel de relevo no que toca à percepção materna sobre a sua própria competência no processo de

cuidar do bebé (confiança para cuidar do bebé, confiança na alimentação ao bebé e confiança global).

Numa visão global, verifica-se que as mães de origem africana percebem os seus bebés como sendo menos alerta e responsivos, mais instáveis e irritáveis em geral, menos fáceis e mais irritáveis durante as refeições, quando comparadas com as mães portuguesas. É possível constatar, também, um menor nível de confiança no cuidar e no alimentar, bem como níveis de confiança global mais baixos no grupo de mães de origem africana, comparativamente ao grupo de mães portuguesas.

Tendo em conta o que acabou de ser exposto, parece-nos possível afirmar que as mães de origem africana, devido ao processo de migração, se confrontam com práticas de cuidados maternos, no país de acolhimento, diferentes das do seu país de origem, o que as leva a sentirem-se menos competentes e menos confiantes quando prestam cuidados aos seus bebés. Com efeito, o comportamento do bebé, percebido por estas mães, é igualmente mais negativo, o qual poderá acentuar a falta de confiança verificada. Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial ao nível da capacitação destas mães para cuidarem dos seus filhos. Neste sentido, parece-nos importante haver um esforço para compreender as famílias imigrantes, sobretudo as mães, ao nível das suas crenças, hábitos e rotinas adquiridas e transportadas do país de origem para o país de acolhimento.

Os dados da nossa investigação parecem ir de encontro à literatura existente neste âmbito. De acordo com Ramos (1993; cit. por Ramos, 2006), entre as tradições sociais e culturais do país de origem e as do país de acolhimento, os valores e os hábitos culturais dos indivíduos migrantes são constantemente colocados em causa no país que acolhe, originando diversos conflitos. Na sociedade de acolhimento, as exigências

culturais contraditórias são responsáveis por levarem as famílias, nomeadamente as mães, a sentirem dificuldades no que diz respeito à tomada de decisão acerca dos comportamentos a adoptar relativamente ao modo de lidar com os seus filhos. Assim, a mãe migrante corre o risco de não saber com a mesma segurança quais os gestos e os comportamentos a seguir, uma vez que as referências que esta tem não são as mesmas que se verificam no país de acolhimento. As práticas de saúde desempenhadas nas sociedades industrializadas podem pôr em causa os comportamentos tradicionais das famílias migrantes. Assim, as famílias percebem os seus saberes e conhecimentos tradicionais como sendo inadequados ou ultrapassados. Esta situação pode gerar insegurança e ansiedade, estando na origem de conflitos que prejudicam a relação mãe-criança (Ramos, 2004). Para Ramos (2006), as dificuldades por que passam os migrantes, quer ao nível psicossocial, emocional, adaptativo e cultural, o isolamento e a pobreza das relações sociais e familiares, sobretudo nos primeiros anos de migração, poderão resultar numa diminuição dos cuidados e estimulações, desequilibrando o sistema de interacção diádica, o que poderá levar a uma inadequação das respostas maternas às necessidades da criança.

As representações que os indivíduos fazem sobre a saúde e a doença variam de acordo com os grupos culturais dos quais são originários. Neste sentido, as pessoas podem atribuir significados diferentes a uma mesma realidade, desenvolvendo percepções sociais diferentes. Ora, daqui pode surgir incompreensão, desentendimento e dificuldade na comunicação entre indivíduos de culturas diferentes. Revela-se de extrema importância, o respeito pelas diferenças, fomentando a comunicação interpessoal e evitando a formação de estereótipos e de preconceitos (Ramos, 2007).

Foram, também, encontrados outros factores, para além do país de origem da mãe, que se revelaram significativos na predição dos resultados obtidos, os quais considerámos importantes para ter em conta. Assim, no que diz respeito à percepção materna do comportamento do bebé, para além do país de origem da mãe, factores como o número de filhos, o número de gravidezes anteriores, a idade cronológica do bebé, o tipo de alimentação do bebé, a relação com o pai do bebé, a religião da mãe, o peso do bebé à nascença e o número de anos de estudo da mãe demonstraram ter uma influência significativa.

Factores como a idade da mãe, o número de anos de estudo da mãe, a religião da mãe, a relação que esta tem com o pai do bebé, o número de anos de estudo do companheiro, o apoio percebido por parte do companheiro, a relação com este, a coabitação com o pai do bebé e o tempo de gestação aquando do nascimento, mostraram ter influência significativa, para além da influência protagonizada pela origem nacional da mãe, na confiança materna para cuidar do bebé.

Algumas investigações mostram que mães com um maior nível de escolaridade são mais sensíveis e apresentam conhecimento de um maior número de estímulos para interagirem com os seus bebés pré-termo aos três anos de idade (Cho, Holditch-Davis, & Belyea, 2004). Também se verifica que estas mães apresentam mais recursos para desencadear episódios interactivos com os seus filhos (Klein, 2005).

Para concluir, achámos pertinente referir algumas limitações deste estudo, bem como algumas sugestões para investigações futuras.

Em primeiro lugar, é importante mencionar a falta de homogeneidade no grupo de mães africanas, relativamente à variável respeitante ao período de permanência das

mães em Portugal. Não foi possível obter uma amostra mais uniforme a este respeito, verificando-se períodos de permanência bastante diferentes entre as participantes daquele grupo, o que não permite o controlo da influência que um menor ou maior período de permanência em Portugal possa desencadear. Uma outra limitação é a análise do nível socioeconómico de Graffar. Esta avaliação revelou-se pouco objectiva, estando dependente da avaliação subjectiva da investigadora e da participante, podendo também haver influência da desejabilidade social. Para a aplicação dos questionários, nem sempre foi possível recorrer a um ambiente sossegado e livre de influências externas, sendo que, quando não havia um gabinete de consulta disponível para o efeito, a aplicação dos questionários decorria na sala de espera da consulta externa onde as participantes respondiam enquanto aguardavam a consulta dos seus bebés. O tempo limitado poderá ter resultado em pouca disponibilidade por parte da mãe, nas respostas a estes instrumentos. Por último, é de referir o tamanho da amostra conseguida, o qual não permite uma extrapolação para a população das conclusões obtidas, obrigando sempre a uma relativização dos resultados. No entanto, esperamos que esta amostra pequena possa levar a investigações mais amplas. Seria importante, também, em investigações futuras, ter em conta o estilo de aculturação da mãe, bem como fazer uma análise comparativa entre as mães dos diferentes países de origem que compõem o grupo de mães africanas.

6. Referências Bibliográficas

Anacleto, V., Santos, C., Luís, C., Nunes, P., & Brito, M. J. (2009). A criança imigrante num serviço de pediatria: Que problemas sociais? *Acta Médica Portuguesa*, 22, 743-748.

Bakeman, R., & Brown, J. (1980). Early interaction: Consequences for social and mental development at three years. *Child Development*, 51, 437-447. doi:10.1111/1467-8624.ep12329645

Berry, J. W. (1989). Imposed etics-emics-derived etics: The operationalization of a compelling idea. *International Journal of Psychology*, 24, 721-735. doi:10.1080/00207598908247841

Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-34. doi:10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x

Berry, J. W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, 57(3), 615-631.

Berry, J. W. (2006). Mutual attitudes among immigrants and ethnocultural groups in Canada. *International Journal of Intercultural Relations*, 30, 719-734. doi:10.1016/j.ijintrel.2006.06.004

Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bourhis, R. Y., Moïse, L. C., Perreault, S., & Senécal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32(6), 369–386. doi:10.1080/002075997400629

Canavarro, M. C. (Ed.) (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Chapieski, M. L., & Evankovich, K. D. (1997). Behavioral effects of prematurity. *Seminars in Perinatology*, 21, 221-239.

Cho, J., Holditch-Davis, D., & Belyea, M. (2004). Gender, ethnicity, and the interactions of prematurely born children and their mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 19, 163-175.

Coppola, G., Cassibba, R., & Costantini, A. (2007). What can make the difference? Premature birth and maternal sensitivity at 3 months of age: The role of attachment organization, traumatic reaction and baby's medical risk. *Infant Behavior & Development*, 30, 679–684. doi:10.1016/j.infbeh.2007.03.004

Coutinho, E., & Parreira, M. V. (2011). Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. *Millenium*, 40, 83-97.

Crawford, J. W. (1982). Mother-infant interaction in premature and full-term infants. *Child Development*, 53, 957-962. doi:10.1111/1467-8624.ep8587610

Crnic, K. A., Ragozin, A. S., Greenberg, M. T., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Social interaction and developmental competence of preterm and full term infants during the first year of life. *Child Development*, 54, 1199-1210. doi:10.1111/1467-8624.ep12432695.

Dandy, J., & Pe-Pua, R. (2010). Attitudes to multiculturalism, immigration and cultural diversity: Comparison of dominant and non-dominant groups in three Australian states. *International Journal of Psychology*, 34, 34-46. doi:10.1016/j.ijintrel.2009.10.003

Dias, M. I. S. (2005). Uma viagem psicológica pela migração. *PsiLogos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*, 6-12.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.

Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebês*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas, *Análise Psicológica*, 20, 203-217.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.

Gratier, M. (2003). Expressive timing and interactional synchrony between mothers and infants: Cultural similarities, cultural differences, and the immigration experience. *Cognitive development*, 18, 533-554. doi:10.1016/j.cogdev.2003.09.009

Kalin, R., & Berry, J. W. (1996). Interethnic attitudes in Canada: Ethnocentrism, consensual hierarchy and reciprocity. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 28(4), 253–261.

Karis, T. A., & Killian, K. D. (2009). *Intercultural couples: Exploring diversity in intimate relationships*. New York: Routledge.

Klein, V. C. (2005). *Interação entre mães e crianças pré-escolares nascidas pré-termo com muito baixo peso em situações lúdica e de ensino*. Dissertação de

Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Lechner, E. (2005). Imigração e saúde mental: O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas. *PsiLogos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*, 15-18.

Macey, T. J., Harmon, R. J., & Easterbrooks, M. A. (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 846-852.

Marques, A. R. (2008). *Opção ou punição? Efeitos do tipo de parto na satisfação, confiança e percepção materna do comportamento do bebé*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

Morais, A. (2009). Era uma vez uma cidade chamada Amadora... *PsiLogos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*, 120-126.

Neto, F. (1993). *Psicologia da migração portuguesa*. Lisboa: Universidade Aberta.

Neto, F. (2002). *Psicologia Intercultural*. Lisboa: Universidade Aberta.

Neto, F., & Mullet, E. (1998). Decision-making as regards migration: Wage differential, job opportunity and the network effect. *Acta Psychologica*, 98, 57-66.

Neves, S. (2007). Psicologia, diversidade social e multiculturalidade: Caminhos cruzados. *Psychologica*, 45, 125-145.

Ninio, A. (1979). The naïve theory of infant and other maternal attitudes in two subgroups in Israel. *Child Development*, 50, 976-980. doi:10.1111/1467-8624.ep7251687

Ogbu, J. (1981). Origins of human competence: A cultural-ecological perspective. *Child Development*, 52, 413-429. doi:10.1111/1467-8624.ep8860349

Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*. Sydney: Allen & Unwin.

Rabelo, M.Z.S., Chaves, E.M.C., Cardoso, M.V.L.M.L., & Sherlock, M.S.M. (2007). Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 333-337.

Rabouam, C., Morales-Huet, M. (2003). Cuidados parentais e vinculação. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Eds.), *Vinculação: conceitos e aplicações* (pp. 71-85). Lisboa: Climepsi.

Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: Para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(2), 155-178.

Ramos, N. (2002). Educação, saúde e culturas: Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36, 463-487.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2005). Famílias e crianças em contexto de pobreza e exclusão: Do desenvolvimento à saúde e à educação. *Psychologica*, 38, 241-263.

Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde: Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, 41, 329-350.

Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169.

Rede Social da Amadora (2012). *Plano de desenvolvimento social 2012/14*.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2012). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo – 2011*. Barcarena: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Stern, D. (1980). *Bebé-Mãe: Primeira relação humana*. Lisboa: Moraes Editores.

Sopa, M.J.P. (2009). *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

Triandis, H. C. (1996). The psychological measurement of cultural syndromes. *American Psychologist*, 51(4), 407-415.

UNESCO (2002). *Declaração Universal para a Diversidade Cultural*.

Van Oudenhoven, J. P., Ward, C., & Masgoret, A.-M. (2006). Patterns of relations between immigrants and host societies. *International Journal of Intercultural Relations*, 30, 637–651. doi:10.1016/j.ijintrel.2006.09.001

Van de Vijver, F. J. R., Breugelmans, S. M., & Schalk-Soekar, S. R. G. (2008). Multiculturalism: Construct validity and stability. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 93–104. doi:10.1016/j.ijintrel.2007.11.001

Wolke, D. (1995). Parents' perceptions as guides for conducting NBAS clinical sessions. In T. B. Brazelton & J. K. Nugent (Ed.), *Neonatal behavioral assessment scale* – 3rd edition (p. 117-125). London: Cambridge University Press.

Índice de Anexos

Anexo I. Informação para a Participante

Anexo II. Declaração de Consentimento Informado

Anexo III. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV. *Mother and Baby Scales* (MABS)

Anexo V. Caracterização da Amostra

Anexo VI. Análise da Consistência Interna das Subescalas da MABS

Anexo VII. Estudo das Escalas

Anexo VIII. Testagem das Hipóteses

INFORMAÇÃO PARA A PARTICIPANTE

Título do estudo: “A Multiculturalidade e a Percepção Materna do Bebé Pré-Termo”.

Este documento contém explicações sobre a Investigação em Psicologia Clínica para a qual Sara Daniela Catalão Ferreira, estudante de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, a convidou a participar. Sendo assim, se ao ler esta folha de informações houver algo que não entenda ou se quiser mais informações sobre o estudo, a investigadora coloca-se à sua disposição para responder a qualquer dúvida ou questão que surja.

A sua participação neste estudo é voluntária. Pode usar o tempo que necessitar para decidir se, quer ou não, que os seus dados sejam registados neste estudo. Poderá decidir não participar ou poderá sair do estudo a qualquer momento, sem quaisquer obrigações, sem precisar de dar justificações e sem prejuízo dos seus cuidados médicos. Ou seja, qualquer que seja a sua decisão (participar ou não participar no estudo), não haverá qualquer alteração ou influência nos cuidados médicos que lhe serão prestados.

OBJECTIVO DO ESTUDO

O estudo “A Multiculturalidade e a Percepção Materna do Bebé Pré-Termo” tem como objectivo compreender como é que a origem cultural da família do bebé pré-termo pode influenciar a percepção materna do comportamento do bebé pré-termo e a confiança materna para cuidar deste.

Sendo assim, o estudo em Psicologia Clínica, para o qual Sara Daniela Catalão Ferreira a convidou a participar, é uma investigação que visa relacionar a origem cultural da família do bebé pré-termo com variáveis psicológicas maternas: a percepção do bebé e a confiança na prestação de cuidados ao bebé.

TIPO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação neste estudo consiste na resposta a dois questionários: 1) o Questionário Sociodemográfico e Clínico, que é um questionário breve de informações gerais que permite obter dados sobre si (dados pessoais, dados do companheiro, agregado familiar nuclear, dados do bebé, gravidez e parto, e pós-parto) e 2) a escala MABS que avalia a percepção materna do comportamento do bebé e da confiança nos cuidados prestados a este.

Salientamos que, no caso de não querer responder a alguma ou algumas das questões ou afirmações que lhe serão feitas nestes dois questionários, será totalmente livre de o fazer e não precisará de justificar a sua decisão.

RISCOS E BENEFÍCIOS DA SUA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no estudo “A Multiculturalidade e a Percepção Materna do Bebé Pré-Termo” não lhe trará qualquer risco ou benefício directo, embora o registo das suas respostas e a análise conjunta destas com as de outras participantes no estudo possa contribuir para um maior e melhor conhecimento dos efeitos da origem cultural na percepção que as mães têm dos seus bebés. Este conhecimento poderá, posteriormente, contribuir para melhorar os cuidados médicos e psicológicos facultados às futuras mães e respectivos bebés o que, consequentemente, irá permitir aumentar o bem-estar tanto destas mães como das crianças que irão nascer.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS OBTIDOS NO ESTUDO

Todas as suas respostas aos dois questionários são totalmente confidenciais e serão, apenas, usadas para fins de análise estatística. Aliás, os questionários que lhe pedimos para responder serão somente identificados por um número, ou seja, o seu nome não constará em nenhum deles, mantendo, desta forma, a máxima confidencialidade dos seus dados pessoais. De salientar, também, que não se prevê que a investigação seja publicada em revista científica ou divulgada em congressos, no entanto, no caso de qualquer das situações suceder, o seu nome nunca será revelado.

Desta forma, todas as suas respostas aos dois questionários serão mantidas em sigilo, de acordo com as Leis de Protecção de Dados de Portugal (Lei nº 67/98 de 26 de Outubro).

ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Se decidir participar neste estudo, terá que assinar e datar duas cópias da declaração de Consentimento Informado. Assinando a declaração de consentimento informado, declara compreender o conteúdo desta informação e autoriza que os seus dados sejam recolhidos para este estudo.

Muito obrigada pela atenção dispensada.

(A participante)

(Ass. participante)

(A investigadora)

(Ass. investigadora)

Data: / /

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Fui convidada a participar no estudo **“A Multiculturalidade e a Percepção Materna do Bebé Pré-Termo”**. Este estudo tem como objectivo compreender como é que a origem cultural da família do bebé pré-termo pode influenciar a percepção materna do comportamento do bebé pré-termo e a confiança materna para cuidar deste.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, me foram prestadas todas as informações relacionadas com os objectivos e com os procedimentos do estudo e todas as minhas questões e dúvidas foram esclarecidas. Além disso, fui informada de que tenho o direito de recusar, em qualquer altura, a minha participação neste estudo, sem qualquer prejuízo dos cuidados de saúde que me são prestados. Fui informada, também, de que todos os dados recolhidos no decorrer do estudo são totalmente confidenciais e serão apenas usados para fins de análise estatística, de acordo com as Leis de Protecção de Dados de Portugal (Lei nº 67/98 de 26 de Outubro). Mais, fui informada que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca autorizou a realização desta investigação clínica/científica neste hospital e que me foi fornecida uma folha de informação para a participante.

Por tudo isto, aceito participar no estudo de Sara Daniela Catalão Ferreira, estudante de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (correio electrónico sara_ferreira432@hotmail.com), que consiste na resposta a dois questionários: o Questionário Sociodemográfico e Clínico e o questionário MABS.

Aceito, também, que as minhas respostas aos questionários sejam posteriormente utilizadas para publicação científica, juntamente com as de outras participantes no estudo, no caso de esta se vir a verificar.

Nome Participante: _____

Ass. Participante: _____

Nome Investigadora: _____

Ass. Investigadora: _____

Data: / /

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Data

Aplicação:

/ /

A – Dados Pessoais da Mãe

Idade

Nacionalidade

País de
Origem

Nº de anos de estudo com sucesso

Tem religião?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual?

Nº de anos a
viver em Portugal

Razão da vinda
para Portugal

Estatuto Conjugal

Solteira ☐ Casada ☐ União de Facto ☐ Divorciada ☐ Viúva ☐

Outra ☐

Nível Socioeconómico

Profissão

Nível de Escolaridade

Fontes Rendimento

Local de Residência

Tipo de Habitação: Casa
própria ☐

Casa arrendada ☐

Casa de outros
familiares ☐

Quarto ☐

Bairro social ☐

Barraca ☐

Outra ☐

Qual?

ESE: Prof. + Nível Inst. + Rend. + Hab. + Bairro = Total

B – Dados do Companheiro

Idade	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>
País de Origem	<input type="text"/>	Nº de anos de estudo com sucesso	<input type="text"/>
Nº anos a viver em Portugal	<input type="text"/>	Razão vinda para Portugal	<input type="text"/>
Estatuto Conjugal	Solteiro <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	União de Facto <input type="checkbox"/>
	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viúvo <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
ESE: Prof. <input type="text"/> + Niv. Inst. <input type="text"/> + Rend. <input type="text"/> + Hab. <input type="text"/> + Bairro <input type="text"/> = Total <input type="text"/>			

C – Composição Actual do Agregado Familiar Nuclear

Nº de anos de relação conjugal	<input type="text"/>	Nº de elementos do agregado familiar	<input type="text"/>	Nº de filhos	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------	--------------------------------------	----------------------	--------------	----------------------

Composição do Agregado Familiar

Vive com o pai do seu filho? Sim ☐ Não ☐

Se não, está com ele:

Todos/Praticamente todos os dias ☐ 1 vez por semana ☐ 2 a 3 vezes por semana ☐

Algumas vezes por mês ☐ Algumas vezes por ano ☐ Nunca/Praticamente nunca ☐

Outro ☐ _____

A relação que tem com o pai do(a) seu(sua) filho(a) é:

Muito Boa ☐ Boa ☐ Má ☐ Muito Má ☐ Inexistente ☐

Sente-se apoiada pelo pai do seu filho(a)?

Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

D – Dados do Bebê

Data de Nascimento: / /

Sexo: Fem ☐ Masc ☐

Peso à Nascimento

Comp. Nascimento

Tempo de Gestação

Índice de APGAR / /

1º Filho? Sim ☐ Não ☐

Estado Clínico do Bebê, à Nascimento:

Situação às 6h; 12h; 24h; 48h de vida

Rooming in Cuidados Intensivos Cuidados Intermédios

Outro _____

Estado Clínico do Bebê, actualmente:

E – Dados Relativos à Gravidez

Teve algum problema durante a gravidez? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

Gravidez planeada? Sim ☐ Não ☐ Gravidez desejada? Sim ☐ Não ☐

Quantas semanas tinha quando teve a confirmação da gravidez?

Tinha preferência pelo sexo do bebé? Sim ☐ Não ☐

Gravidez vigiada? Sim ☐ Não ☐

Se sim, com que regularidade?

Semanalmente ☐ Quinzenalmente ☐ Mensalmente ☐ Outra ☐ _____

Nº de gravidezes anteriores

História Obstétrica

F – Parto

Tipo de Parto:

Eutócico ☐ Distócico: Cesariana Electiva ☐ Cesariana Urgência ☐
PV com Ventosa ☐ PV com Fórceps ☐

Anestesia:

Sem anestesia ☐ Epidural ☐ Anestesia Geral ☐ Outra ☐ _____

Se o parto foi por cesariana...

...qual o motivo?

Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Escolha Pessoal ☐ Outro ☐ _____

Quanto tempo esteve em trabalho de parto? _____

Durante o trabalho de parto, teve alguém conhecido ao seu lado? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quem?

Pai do bebé ☐ Um familiar ☐ Um amigo ☐ Outro ☐ _____

G – Dados Relativos ao Pós-Parto

Deu de mamar ao seu bebé? Sim ☐ Não ☐

Se sim, durante quanto tempo?

Porque é que interrompeu? _____

Se não deu de mamar... porquê? _____

Retirou leite para alimentar o seu bebé? Sim ☐ Não ☐

No caso de este não ser o seu primeiro filho, deu de mamar ao(s) outro(s)? Sim ☐ Não ☐

Se sim, até que idade?

Porque é que interrompeu? _____

Se não deu de mamar... porquê? _____

Obrigada pela sua colaboração!

C. MOTHER AND BABY SCALES (MABS)

Versão original de Wolke e St. James-Roberts, 1987.

Traduzido e adaptado para a língua Portuguesa pela Mestre Ana Raquel Marques (Psicóloga Clínica) e pelo Doutor João Justo (Professor da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), 2007.

A. O SEU BEBÉ E OS SEUS SENTIMENTOS

No seguinte questionário, são fornecidas uma série de afirmações acerca dos comportamentos e sentimentos dos pais e dos bebés. Por favor, responda a cada uma das afirmações fazendo um círculo no número correspondente à sua escolha. O “0” deve ser assinalado se a afirmação em causa **não** se aplicar de modo nenhum a si. As escolhas “1, 2, 3 e 4” indicam níveis crescentes de **concordância** e a opção “5” indica que o(s) comportamento(s) ou sentimento(s) ocorre(m) “muitas vezes/ muito frequentemente”.

Se quiser alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça outro círculo no local pretendido. Peço-lhe que responda a todas as afirmações, o mais espontaneamente possível.

		Nunca	Muitas vezes
1	Quando falo com o meu bebé, ele(a) parece aperceber-se disso	0	1 2 3 4 5
2	O meu bebé fica muito agitado antes de se acalmar	0	1 2 3 4 5
3	Quando o meu bebé chora, isso faz-me sentir insegura	0	1 2 3 4 5
4	Às vezes o meu bebé fica muito agitado ou chora, mesmo quando sei que ele(a) não tem fome	0	1 2 3 4 5
5	O meu bebé tem-se acalmado rápida e facilmente	0	1 2 3 4 5
6	Tenho-me sentido confiante em cuidar do meu bebé	0	1 2 3 4 5
7	O meu bebé observa atentamente a minha face	0	1 2 3 4 5
8	Durante as últimas 24 horas precisei de aliciar o meu bebé, de modo a que este se acalmasse depois de o alimentar	0	1 2 3 4 5
9	Sinto-me desajeitada a cuidar do meu bebé	0	1 2 3 4 5
10	Gostaria que me tivessem dado mais conselhos acerca do que fazer durante este período	0	1 2 3 4 5
11	Depois de alimentar o meu bebé, tenho-o embalado ou abraçado para o acalmar	0	1 2 3 4 5
12	O meu bebé agarra-se a mim quando se quer segurar	0	1 2 3 4 5
13	Tomar conta do meu bebé tem sido mais difícil do que eu esperava	0	1 2 3 4 5

14	Depois de alimentar o meu bebé, ele(a) fica agitado ou chora	0	1	2	3	4	5
15	Quando o meu bebé se está a alimentar, ele(a) olha-me nos olhos	0	1	2	3	4	5
16	Tenho-me sentido ansiosa quando enfrento o momento em que chego a casa com o meu bebé.	0	1	2	3	4	5
17	O humor do meu bebé depois de comer é variável	0	1	2	3	4	5
18	O meu bebé tem variado na facilidade com que se acalma	0	1	2	3	4	5
19	Penso que tenho lidado bem com o meu bebé	0	1	2	3	4	5
20	Com esta idade, o meu bebé mostra-se desinteressado em interagir com as pessoas	0	1	2	3	4	5
21	Durante as últimas 24 horas, o ciclo de adormecer - acordar do meu bebé, tem sido perturbado pelos seus soluços/gazes	0	1	2	3	4	5
22	Tenho tido medo de poder deixar cair o meu bebé	0	1	2	3	4	5
23	Tenho pedido ajuda à enfermeira quando o meu bebé está irrequieto	0	1	2	3	4	5
24	O meu bebé é realmente alerta e atento	0	1	2	3	4	5
25	Entre as refeições nocturnas, o meu bebé fica agitado e chora	0	1	2	3	4	5
26	Para acalmar o meu bebé dou-lhe um suplemento alimentar	0	1	2	3	4	5
27	Tenho-me sentido preocupada que possa magoar o meu bebé quando lhe estou a mexer	0	1	2	3	4	5
28	Penso que o meu bebé é responsivo	0	1	2	3	4	5
29	Entre as refeições do meu bebé, este tem estado irritável	0	1	2	3	4	5
30	Tenho-me sentido insegura sobre se estou a fazer a coisa certa enquanto cuido do meu bebé	0	1	2	3	4	5
31	Para acalmar o meu bebé tenho andado com ele ao colo de um lado para o outro	0	1	2	3	4	5
32	Quando brinco com o meu bebé ele “responde” imediatamente	0	1	2	3	4	5
33	Lido bem com o meu bebé quando ele está irrequieto	0	1	2	3	4	5
34	O espaçamento entre as refeições do meu bebé tem variado	0	1	2	3	4	5
35	O meu bebé tem passado longos períodos de tempo entre as suas refeições irrequieto, só acalmando, nesse caso, quando o pego ao colo.	0	1	2	3	4	5
36	Penso que tenho feito um bom trabalho como mãe	0	1	2	3	4	5

Impressões Gerais e Experiências

O seu bebé

37	No geral, quanto irritável é o seu bebé?	Muito irritável -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Muito calmo
38	No geral, quanto bem dorme o seu bebé?	Muito mal -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Muito bem
39	No geral, quanto alerta e responsivo é o seu bebé?	Muito sonolento -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Muito alerta
40	No geral, quanto difícil é o seu bebé?	Muito difícil -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Muito fácil

Você

41	No geral, quanto confiante se sente em lidar com o seu bebé?	Muito insegura -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Muito confiante
42	No geral, quanto stressante acha que é cuidar do seu bebé?	Muito difícil -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Muito fácil
43	No geral, quanto ansiosa pensa ser?	Muito Ansiosa -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Muito calma

B. ALIMENTAR O MEU BEBÉ (DURANTE OS ÚLTIMOS DIAS) – VERSÃO A

No seguinte questionário, são fornecidas uma série de afirmações acerca das experiências associadas ao acto de alimentar o seu bebé. Por favor, responda a cada uma das afirmações fazendo um círculo no número correspondente à sua escolha. O “0” deve ser assinalado se a afirmação em causa **não** se aplicar de modo nenhum a si. As escolhas “1, 2, 3 e 4” indicam níveis crescentes de **concordância** e a opção “5” indica que o(s) comportamento(s) ou sentimento(s) ocorre(m) “muitas vezes/ muito frequentemente”.

Se quiser alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça outro círculo no local pretendido. Peço-lhe que responda a todas as afirmações, o mais espontaneamente possível.

		Nunca				Muitas vezes
44	Durante as refeições o meu bebé tem tendência a estar acordado e alerta/atento	0	1	2	3	4 5
45	Durante as refeições o meu bebé tem tendência a chorar ou estar agitado	0	1	2	3	4 5
46	Tenho tido problemas em amamentar o meu bebé porque tenho estado tensa	0	1	2	3	4 5
47	O meu bebé tem estado irritável durante as suas refeições	0	1	2	3	4 5
48	O humor do meu bebé durante as refeições tem variado	0	1	2	3	4 5
49	A minha falta de técnica tem feito demorar a amamentação	0	1	2	3	4 5
50	Durante as refeições o meu bebé tem tendência a estar sonolento	0	1	2	3	4 5
51	Durante as últimas 24 horas, tenho desfrutado do acto de amamentar o meu bebé	0	1	2	3	4 5
52	A hiperactividade do meu bebé (dar pontapés, virar a cabeça, etc.) tem tornado difícil mantê-lo em contacto com o meu peito	0	1	2	3	4 5
53	O meu bebé tem-se mostrado relutante em chupar	0	1	2	3	4 5
54	Após as refeições, o meu bebé tem estado activo e animado	0	1	2	3	4 5
55	Senti que nem sempre tinha leite suficiente para satisfazer o meu bebé	0	1	2	3	4 5
56	Durante as últimas 24 horas o meu bebé tem interrompido a alimentação porque fica sonolento	0	1	2	3	4 5

57	Durante este período alimentar o meu bebé tem sido fácil	0	1	2	3	4	5
58	Os efeitos do parto têm tornado a amamentação difícil para mim	0	1	2	3	4	5
59	A amamentação tem me sido dificultada pelos conselhos contraditórios que me têm sido dados	0	1	2	3	4	5
60	Durante as últimas 24 horas o meu bebé tem interrompido a alimentação devido a gases, soluços ou dores de barriga	0	1	2	3	4	5
61	A minha falta de confiança tem feito demorar a amamentação	0	1	2	3	4	5
62	Após as refeições, o meu bebé tem estado desperto e alerta	0	1	2	3	4	5
63	Durante as últimas 24 horas o meu bebé tem interrompido a alimentação porque fica agitado e chora	0	1	2	3	4	5
64	Tenho pedido ajuda à enfermeira para acalmar o meu bebé	0	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração